WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

Nr 5 · 1939



TREŚĆ

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

MIESIĘCZNIK MAJ

ROK X 1939 NUMER 5

Prof. Dr H. PHILLIPS, Londyn.

O ZAPOBIEGANIU I LECZENIU GORĄCZKI POŁOGOWEJ.

(Lancet 1938)

Dane historyczne

Dzieje zapobiegania gorączce połogowej związane są ściśle z nazwiskiem *Semmelweisa.*

Około połowy 19. wieku rozstrzygnięto zagadnienie: czy gorączka połogowa jest schorzeniem zakaźnym, na korzyść poglądu dowodzącego zakażenia. Poprzednio potwierdzili to pytanie *Aleksander Hamilton* (1781), *Aleksander Gordon* (1795), *Robertson* (1832), *Olivier Wendell Holmes* (1843), *Arneth* (1851) i *Simpson* (1851). *Louis Pasteur* (1879) rozwiał ostatnie wątpliwości „przeciwzakażeniowców". Do zwalczania gorączki połogowej, uważanej od czasów *Pasteura* za zakażenie paciorkowcowe, stosował *Lister* (1867), podobnie jak *Robert Collins* (1829 i *Semmelweis* (1847), chemiczne leki przeciwgnilne. Już dawniej zauważono, że źródłem zakażenia jest zapalenie gardła. *Clarke* (1793), *Aleksander Gordon* (1795), *Churchill* (1849), *Leake, Armstrong, Campbell, Hey* i *Joseph* stwierdzili zgodnie, że zapalenie gardła i posocznica połogowa zdarzają się najczęściej między październikiem a majem.



Pomnik *Semmelweisa* na placu Elżbiety w Budapeszcie

Mikulicz, *Hübner* i *Flügge* wykazali doświadczalnie, że na jałowych płytkach agar-agar, trzymanych przed ustami, osiadają podczas mówienia, kaszlu i kichania chorobotwórcze zarazki. W roku 1897 zalecił *Mikulicz* używanie „przepaski ustnej". Od tych czasów zwalczanie gorączki połogowej poczyniło wprawdzie dalsze postępy, ale w ciągu ostatnich 20 latach nie osiągnięto wyraźnych wyników. Opracowana przez *W. Schultza* (Zbl. Gyn. 1937, Nr. 35) statystyka, oparta na danych, zaczerpniętych z historii chorób szkoły *Schottmüllera*, wykazuje, że nawet w najlepiej prowadzonej klinice posocznica powoduje 75% śmiertelnych wypadków. W 20% pozostałych przypadków, następuje, zdaniem autora, samowyleczenie.

Źródła powstania gorączki połogowej

R. W. Johnstone (Brit. med. Jl. 1933 Nr. 4049) podaje następujące, bezpośrednie i pośrednie źródła zakażenia: osłabienie odporności wywołane zakażeniem krwi, krwawienie, wyczerpanie i nieodpowiednie odżywianie, a wreszcie drobnoustroje. Macica wolna jest od zarazków aż do chwili rozpoczęcia się bólów porodowych, zarazki dostają się bowiem z zewnątrz, zwykle przez kroplowe zakażenie z nosa i gardła osób pielęgnujących i odwiedzających, a często samej chorej. Po przejściu zakażenia gardlano-nosowego, około 30% położnic staje się nosicielkami hemolitycznych paciorkowców. Położnice zdrowe nie powinny pod żadnym warunkiem pozostawać w tym samym pokoju, co chore na gorączkę połogową. Sądy angielskie 2-krotnie wydały w ciągu dwóch ostatnich lat wyroki, skazujące na odszkodowanie, po stwierdzeniu tego rodzaju nieostrożności. Badania *Cruickshanka* (1935), *Wellsa* (1937) i *Daryl Harta* (1937) wykazały, że powietrze w pokojach kobiet chorych zawiera masowo jadowite zarazki, *E. Cassie*, Birmingham, zaleca jako środki zapobiegawcze: usunięcie chorych zębów, będących ogniskiem zakażenia, badanie, czy nie występują upławy pochwowe, zakażenia gardła, nosa i zatok czaszkowych, stwierdzenie zakaźnych objawów w rodzinie, również ze strony dzieci z liszajcem i wyciekiem usznym, poza tym podawanie odpowiedniej diety (o wystarczającej zawartości Fe, Ca i witamin). W Birminghamie wszystkie akuszerki i pielęgniarki noszą na twarzy maski. Pielęgniarki przyjmowano jedynie po poddaniu ich badaniu lekarskiemu i po ujemnym wyniku rozmazów z gardła na obecność hemolitycznych paciorkowców. Wobec tego jednak, że odsetek nieprzyjętych był za wysoki (brak różnicowania typów), zaniechano ponownie badania rozmazów. Rozmazy należy pobierać jedynie u tych akuszerek, które w swej praktyce stwierdzają częste występowanie przypadków gorączki połogowej. O ile stwierdzi się obecność hemolitycznych paciorkowców (podobno trafne jest to w każdym przypadku), należy tak długo nie dopuszczać akuszerki, jak długo rozmaz nie stanie się z powrotem ujemnym.

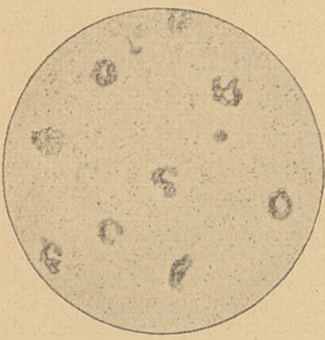
Massey uważa, że zamężna akuszerka nie nadaje się do wykonywania tego zawodu, gdyż pośrednio przez swoje dzieci, skłonne do szkarlatyny, zapalenia

ucha środkowego, zapaleń gardła i inn., może o wiele częściej, aniżeli inne, stać się przenosicielką zarazków gorączki połogowej.

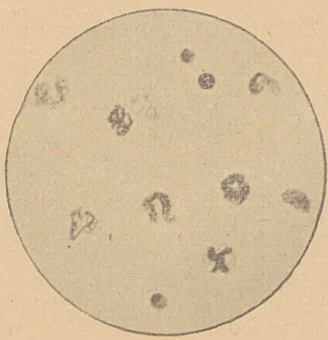
R. M. Fry, Queen Charlotte's Mat. Hosp., Londyn (1937) podaje następujące zarazki gorączki połogowej:

1. Paciorkowiec hemolityczny, grupy A Lancefielda (grupa B, C i G o wiele rzadziej i zazwyczaj bez objawów cięższego zakażenia),
2. paciorkowce beztlenowe,
3. prątki okrężnicy,
4. gronkowce,
5. bacillus Welchii i inne beztlenowce, tworzące zarodniki,
6. pneumokoki.

Najważniejsze z pomiędzy tych grup zarazków są hemolityczne paciorkowce. W Queen Charlotte's Hospital stwierdzono, że przyczyną zakażenia kobiet zmarłych na gorączkę połogową, były w 70% hemolityczne paciorkowcowe. *Smith* i *Colebrook* wykazali ponadto, że w 75% przypadków paciorkowce pochodziły z poza narządów rodnych.



Ciężkie zakażenie paciorkowcowe u myszy, w 4 godziny po zakażeniu dootrzewnowym, bez leczenia.



Ciężkie zakażenie paciorkowcowe u myszy, w 4 godziny po zakażeniu dootrzewnowym; leczenie przy pomocy Prontosilu solubile. *Domagk:* Z. Klin. Med. 1937, T. 132.

Johnstone zastosował zapobiegawcze podawanie przetworów sulfanilamidowych oraz bezwzględne usunięcie wszystkich nosicieli hemolitycznych paciorkowców (nos, gardło) z pomieszczeń ze zdrowymi, rodzącymi matkami.

Rozległe badania nad znaczeniem nosicieli zarazków przeprowadzili *L. M. Bryce* i *Ph. Tewsley* (Med. Journ. Austr. 1938, T. 25) w czasie małej „epidemii" gorączki połogowej w Australii. Badania te wykazały, że w okresie zaraźliwego zakażenia paciorkowcami, osobnicy ze zdrowymi górnymi drogami oddechowymi stają się na krótki okres czasu nosicielami zarazków; pozostają stałymi nosicielami jedynie osobnicy z klinicznymi objawami nieprawidłowości w górnych drogach oddechowych. Z tego wynika, że przed badaniami położniczymi należy zawsze przeprowadzić staranne badanie nosa i gardła. Liczba zachorowań i śmiertelność zmniejszyły się wprawdzie znacznie od czasu, kiedy

dzięki odkryciu *Semmelweisa* starano się we wszelki możliwy sposób zapobiec zakażeniu, ale pomimo to, musiano liczyć się z pewnymi stratami, jak to zgodnie podają statystyki angielskie i inne. Nawet w najlepej prowadzonych klinikach nie można było uzyskać więcej ponad pewien spadek liczby zachorowań i śmiertelności. Wyraźne polepszenie tych warunków wystąpiło dopiero z chwilą wprowadzenia Prontosilu jako środka zapobiegawczego i leczącego gorączkę połogową.

Zapobieganie

Lacomme w klinice Baudelocque w Paryżu od ostatnich miesięcy 1935 roku stosuje na dużą skalę zapobiegawcze leczenie Prontosilem. *Lacomme* (Bull. de la Soc. d'Obstétr. et de Gyn. de Paris 1937, str. 459) porównuje około 3000 porodów z zapobiegawczym podawaniem Prontosilu w roku 1936, z około 26000 porodów z lat 1924 — 1934. Pierwszą dawkę leku podaje się rodzącym w chwili przyjmowania na salę porodową. Niezależnie od przebiegu porodu, wszystkie bez wyjątku kobiety otrzymywały w ciągu 5 dni ogólną dawkę 10 g chlorowodorku sulfamidochryzoidyny, odpowiadającej chemicznie Prontosilowi rubrum. W ten sposób osiągnięto nie tylko bardzo znaczne zmniejszenie się ogólnej liczby zakażeń, ale i widoczne zmniejszenie się liczby ciężkich zakażeń. Posocznica połogowa nie spowodowała ani jednego przypadku śmierci; w latach 1926 — 1934 zdarzały się corocznie przeciętnie 4 przypadki śmierci. W roku 1936, nawet wówczas, gdy pomimo stosowania środków zapobiegawczych wystąpiła gorączka połogowa, przebieg jej był łagodny, a okres choroby krótki. Pod tym względem żaden rok z 9 branych pod uwagę lat, porównania nie wytrzymuje.

Le Lorier, który leczył zapobiegawczo 2000 kobiet, potwierdza spostrzeżenia *Lacomme'a*.

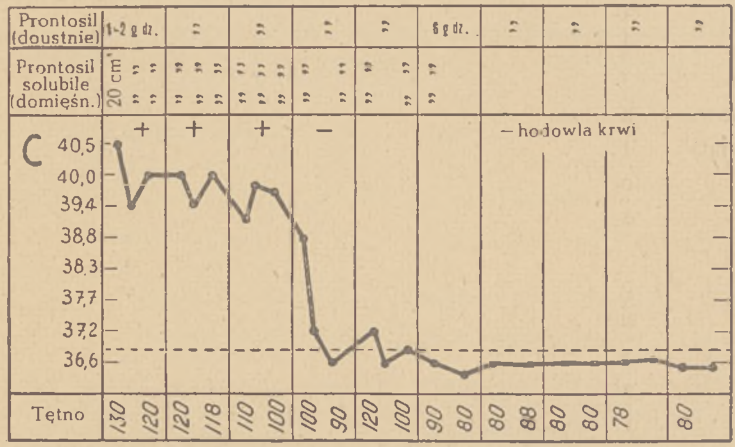
Również *Dutta* (Indian Med. Gaz. 1937, Nr. 1, str. 17) podaje, że stosowanie Prontosilu daje dobre wyniki w zapobieganiu gorączce połogowej.

Lekarz włoski *Santoro* (Rinasc. med. 1937) od dawna podaje zapobiegawczo Prontosil tysiącom kobiet. U 2104 rodzących, którym przez 5 dni podawano po 2 g Prontosilu w tabletkach, nie stwierdzono ani jednego przypadku śmierci wskutek zakażenia. Wyniki jego doświadczalnych badań pozwalają mieć nadzieję, że dzięki zapobiegawczemu leczeniu Prontosilem można będzie uzyskać spadek liczby śmiertelnych porodów.

Johnstone (Brit. Med. Journ. 1938, Nr. 4027) badał w ciągu roku zapobiegawcze działanie Prontosilu i pokrewnych związków. Nie podawał jednak leku podczas rodzenia, lecz dopiero po ukończeniu porodu. Każda położnica otrzymywała w ciągu pierwszych 4 dni po porodzie 3 razy dziennie po 0,6 g, a następnie aż do 7. dnia 3 razy dziennie po 0,3 g. W przypadkach, w których należało się spodziewać wystąpienia zakażenia macicznego, podawano dodatkowo Prontosil solubile. W tych badaniach stwierdził *Johnstone*, że pod wpływem zapobiegawczego działania Prontosilu zmniejszyła się w roku 1937, w porównaniu

z latami poprzednimi 1934 — 1936, z jednej strony ilość miejscowych zakażeń macicznych, z drugiej zaś strony średnia zakażeń macicznych spadła w okresie połogowym z około 3,5% do 1,9%.

Większość lekarzy podawała zapobiegawczo Prontosil tylko kobietom zagrożonym: ogólne stosowanie Prontosilu u wszystkich rodzących nie uważa się za konieczne; zaleca się bezwzględnie zapobiegawcze podawanie Prontosilu w tych wszystkich przypadkach, w których oczekuje się albo stwierdza zakażenie paciorkowcem hemolitycznym. (*Colebrook*, Lancet 1937, Nr. 5944). Jeżeli na przykład w pewnym zakładzie położniczym wystąpi u 2 lub 3 położnic w kilka dni po porodzie wysoka gorączka, to należy, według *Colebrooka*, podawać zapobiegawczo Prontosil wszystkim następnym rodzącym.



Krzywa przebiegu gorączki u chorej z posocznicą połogową w ciągu leczenia Prontosilem. (*Colebrook i Kenny*, Lancet 1938, Nr. 5910).

Pierwszą dawkę podaje *Colebrook* na kilka godzin przed porodem i stosuje leczenie w ciągu 4 dni po porodzie, aż do chwili otrzymania wyniku bakteriologicznego badania rozmazu pochwowego. Zdaniem *Colebrooka*, zapobieganie jest wskazane również w razie stwierdzenia zakażonej rany, zapalenia migdałków, róży na nodze, oraz o ile w tym samym domu jest np. dziecko z wyciekiem usznym lub szkarlatyną. — Według poglądu *Williamsa* (Lancet 1936, Nr. 5902) istnieje niebezpieczeństwo zakażenia rodzącej hemolitycznymi paciorkowcami przy zetknięciu się jej z osobami cierpiącymi na zapalenie gardła; dlatego zaleca on, podobnie jak *Colebrook*, zapobiegawcze podawanie Prontosilu.

Kato (Iwate Igaku Semmongakku Zasshi 1937, T. 2, Nr. 1) żąda zapobiegawczego stosowania Prontosilu w tych wszystkich przypadkach, w których należy przedsięwziąć zabieg operacyjny.

Hofmann (Fortschr. d. Ther. 1935, str. 762) zajmuje podobne stanowisko. Stosuje zapobiegawcze podawanie Prontosilu przy zabiegach (ręczne oderwanie

łożyska, skrobanie) oraz stale przy poronieniach. *Wallischeck* (Klinika położnicza w Karlsruhe; Zbl. f. Gyn. 1937, Nr. 50) podaje zapobiegawczo Prontosil we wszystkich niejasnych, nawet lekkich stanach gorączkowych występujących w okresie połogu.

Leczenie:

O wynikach leczenia posocznicy połogowej donosili poprzednio *Fuge* (Klinika położnicza, Halle), *Anselm* (Klinika położnicza Jena), *Ley* (Szkoła akuszerek w Moguncji), a przede wszystkim *Colebrook* i *Kenny* (Queen Charlotte's Hospital, Londyn), *Foulis* i *Barr* (Glasgow) oraz *Long* i *Bliss*. O przekonywujących wynikach leczenia pisze poza tym *Dutta* (Ind. Med. Gaz. 1937, Nr. 1), któremu udało się uratować wszystkie chore (15) na posocznicę połogową dzięki podawaniu Prontosilu. U 2 chorych z ciężką posocznicą połogową, z których jedna otrzymała Prontosil w 20. dniu zakażenia, uzyskał *Mahn* (Bol. Soc. Chilena Obst. y Gin. 1936, Nr. 7) wyleczenie przez połączone, pozajelitowe i doustne stosowanie Prontosilu. *Brown* (Lancet 1937, Nr. 5947) opracował wyniki leczenia Prontosilem 30 chorych. Spośród 8 ciężko chorych zmarły 2 osoby, lecz okazało się, że były niedostatecznie leczone. *Wallischeck* podaje wyniki leczenia Prontosilem przeszło 100 kobiet z posoczniczymi schorzeniami. *Imhäuser* (Med. Klin. 1936, Nr. 9) stosował z dodatnim wynikiem leczenie połączone pozajelitowe i doustne Prontosilem w dwóch przypadkach posocznicy połogowej i w czterech przypadkach gorączkowego poronienia.

W piśmiennictwie japońskim spotykamy przypadki następujące: *Kondo* (Tokio Jji shinshi 1937, Nr. 3038) uratował na 14 kobiet 11 podawaniem Prontosilu (stosował Prontosil w tabletkach i do odbytnicy), *Takahashi* (Sanka Fujinka Chuo Zasshi 1937, T. 1, Nr. 9) oraz *Matano* (Chiryogaki Zasshi 1936, T. 6, Nr. 10), który uzyskał dobre wyniki przy gronkowcowych posocznicach (posocznicze poronienie), dalej *Kato* (Semmongakku Zasshi 1937, T. 2, Nr. 1), który wyleczył Prontosilem 7 kobiet z gorączką połogową. Dalsze przyczynki można znaleźć w pracach: *Rojas* (Diss. Caracas 1936), *Etchechury* (Arch. Urug. Med. Cir. Espec. 1937, T. 11, Str. 234), *Tisne* (Bol. Soc. Chil. Obst. y Gin. 1937, Nr. 6), *Duran* i *Cabrera* (Bol. Soc. Chil. Obst. y Gin. 1937, Nr. 6), *Parelius* (Tidsk. norske laegeforening 1938, Nr. 5).

Rusin (Nowiny Lekarskie Nr. 14) przytacza przypadki posocznicy połogowej, częściowo z bardzo niekorzystnym rokowaniem, które udało mu się wyleczyć dzięki stosowaniu Prontosilu solubile i Prontosilu w tabletkach.

Spośród 14 chorych z posoczniczą gorączką połogową, wyleczonych Prontosilem i opisanych przez *Luiba* (Wien. Klin. Wschr. 1938, Nr. 11), znajduje się chora z całkowitym pęknięciem macicy i przejściem płodu do jamy brzusznej, którą wyleczono drogą ponadpochwowego odcięcia macicy i wprowadzenia Prontosilu do otrzewnej.

Vojta (Prakticky Lékar 1937, Nr. 15) uzyskał wyleczenie Prontosilem 30 chorych z posocznicą połogową, w tym 13 przypadków posocznicy po poronieniu; 7 przypadków posoczniczego poronienia i ropnych spraw z zewnątrz macicy (zapalenie otrzewnej miednicy, zapalenie przymaciczne, sprawy przerzutowe w płucach i inn.) oraz 4 przypadki posocznicy paciorkowcowej po porodzie. *Puga* (Bol. Soc. Chil. Obst. y Gin. 1937, Nr. 5 str. 214) wyleczył poda-

waniem Prontosilu (przez 3 dni 1 ampułkę domięśniowo i 2 tabletki doustnie, przez 4 dni po 2 ampułki i 6 tabletek oraz przez 9 dni po 6 tabletek) zakażenie krwi po porodzie, spowodowane przez hemolityczne paciorkowce a leczone bezskutecznie surowicą i przetaczaniem krwi. *Hittmann* (Med. Journ. of Austr. 1938 Nr. 13) uratował trzy z czterech kobiet z ciężkim powikłanym zakażeniem krwi po porodzie i po poronieniu, przez podawanie Prontosilu albo jego pochodnych.

Dolff (Zbl. f. Gyn. 1938, Nr. 24) stosuje w razie wystąpienia gorączki połogowej Prontosil w postaci „uderzenia", a poza tym leki, skrzepiające krążenie. *Dolff* jest zdania, że uchwycenie odpowiedniej chwili do rozpoczęcia leczenia jest tak samo ważne, jak stwierdzenie ogólnego stanu chorej i stanu obrazu krwi. Zdaje się, że leczenie Prontosilem wybitnie hamuje przechodzenie zarazków z ogniska do krwi, gdyż po zastosowaniu go nie daje się wyhodować ze krwi zarazków chorobotwórczych. *Dolff* podaje następujący schemat dawkowania:

Uderzenie prontosilem

I)

1. dzień	2×15 cm³ Prontosil sol. domięśn. (2½%)	+ 12	tabletek Prontosilu	= 3,6 g
2. „	2×15 „ „ „ „	+ 12	„ „	= 3,6 g
3. „	2×15 „ „ „ „	+ 12	„ „	= 3,6 g
4. „	2×15 „ „ „ „	+ 12	„ „	= 3,6 g
5. „	2×15 „ „ „ „	+ 12	„ „	= 3,6 g

II)

6. dzień	6 tabletek Prontosil	= 1,8 g
7. „	6 „ „	= 1,8 g
8. „	6 „ „	= 1,8 g

III)

9. dzień	3 tabletki Prontosil	= 0,9 g
10. „	3 „ „	= 0,9 g
11. „	3 „ „	= c,9 g

O ile gorączka trwa dalej, należy zastosować jedno 3-dniowe uderzenie Prontosilem, ale najwcześniej 9. dnia, podobnie jak pod I).

Przy wcześniejszym opadnięciu gorączki, należy po pierwszym dniu bezgorączkowym przerwać uderzenie i przejść do dawkowania II).

Redenz wskazuje na wyniki *Peckhama.* Dawki, które stosował w John Hopkins Hospital w Baltimore, odpowiadają dawkom podawanym przez *Dolffa.* Podczas, gdy w okresie 1931—1935 na 100 chorych umierało 20, to po zastosowaniu Prontosilu liczba ta spadła do 4,7%, a liczba chorych, zmarłych na zapalenie otrzewnej, spadła z 23 na 1. Podawano codziennie 12 tabletek doustnie, albo 20 cm³ domięśniowo co 8 godzin.

v. Mikulicz-Radecki leczył 2 kobiety z posocznicą połogową o zupełnie niepewnym rokowaniu; jego zdaniem zastosowanie Prontosilu spowodowało korzystny zwrot w przebiegu choroby.

Benthin zaznacza, że Prontosil jest uznany za lek najodpowiedniejszy do zwalczania schorzeń posoczniczych.

Na kongresie reńsko-westfalskich ginekologów w Düsseldorfie, dnia 18. 6. 1938 r., przedstawił *Engelmann* i *Schüler* (Ztrb. Gyn. 1938, Nr. 46) wyniki le-

czenia w Klinice kobiecej w Dortmundzie, uzyskane dzięki stosowaniu Prontosilu w posocznicy połogowej. Prontosil podawano jedynie w przypadkach bezwzględnie pewnej posocznicy połogowej, w których wykazano obecność hemolitycznych paciorkowców w rozmazie pochwowym. Dla uniknięcia zarzutu, że nastąpiło samorodne cofnięcie się gorączki, podawano umyślnie Prontosil dopiero w 3. lub 4. dniu. Ponieważ chore źle znosiły podawane początkowo tabletki Prontosilu album, zaczęto stosować duże dawki Prontosilu rubrum, podając przez 4 dni z rzędu, po uprzedniej oczyszczającej lewatywie, doodbytniczo po 6,0 g na 100 cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej. We wszystkich przypadkach osiągnięto szybko spadek ciepłoty i wyleczenie położnicy. W jednym przypadku posocznicy (wywołanej przez gronkowiec biały) podawano najpierw w ciągu 2 dni śródmięśniowo po 40 cm^3 Prontosilu solubile, następnie przez 3 dni codziennie po 6 g doodbytniczo. Ciepłota opadła, podniosła się jednak w ciągu tygodnia. Osiągnięto wyleczenie po powtórnym 4-dniowym podawaniu tego leku. Od chwili rozpoczęcia tego rodzaju leczenia nie zdarzył się ani jeden przypadek śmierci. Korżystne wyniki leczenia Prontosilem osiągnęli również *Goecke* (Klinika kobieca, Monastyr) i *Bretz* (Szkoła położnych w Bochum).

Poniżej podane statystyki wykazują spadek śmiertelności, jako wynik leczenia Prontosilem:

Gibberd stwierdził w Hospital Guy w Londynie (Lancet 1937, Nr. 5947) obniżenie śmiertelności wskutek zakażeń połogowych z 20% w latach 1934—1935, na 4,5% w latach 1936—1937. *Rivett* (Lancet 1937, Nr. 5947) wykazuje zmniejszenie się odsetka śmiertelności w ciężkich połogowych zakażeniach krwi i zapaleniach otrzewnej z 71% bez Prontosilu, na 27,3% przy leczeniu Prontosilem.

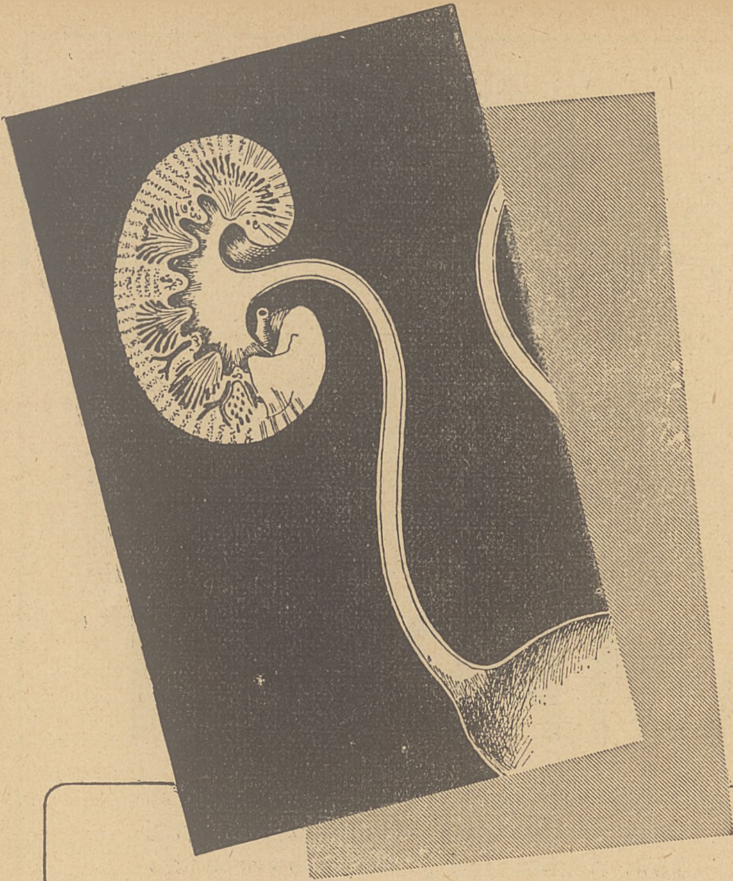
Liczby, podobne do liczb *Gibberda*, podają *Colebroock* i *Kenny* (Lancet 1936, Nr. 5854 i 5910): obniżenie śmiertelności z 17—31% (1931—1934) na około 4,7% (1935—1936).

JO HARTUNG. Z Kliniki chorób skórnych w Greifswaldzie (Dyr. Prof. Dr RICHTER).

ULIRON A MIEJSCOWE LECZENIE RZEŻĄCZKI.

(Münch. Med. Wschr. 1938, Nr. 49).

Odkrycie leczniczych właściwości przetworów sulfamidowych, a zwłaszcza wprowadzenie Ulironu do lecznictwa, stanowiło znaczny postęp w leczeniu rzeżączki. Dzięki coraz to nowym wynikom badań, potwierdzających dodatnie wyniki leczenia Ulironem, liczba jego przeciwników maleje coraz bardziej. Udało się też zmniejszyć a nawet prawie zupełnie usunąć opisywane przez licznych autorów (*Hüllstrung, Krause, Hofmann, Koch, Rotter, Scherber, Schmidt, Ammon, Tietze, Lemke, Bürger, Mergelsburg, Euler, Schubert, Vonkennel, Brill, Oppenheim i Wanderer, Opitz* i inni) przypadki uszkodzeń Ulironem, wywoływane nieodpowiednim dawkowaniem. Autor przychyla się do zdania innych



badaczy, przyjmujących za przyczynę niepomyślnych wyników pierwszych prób Ulironem brak dokładnego określenia czasu, w którym należy go stosować. Początkowo też nie wiedziano, że leczenie Ulironem daje lepsze wyniki, gdy się stosuje metodę uderzeń, zamiast przewlekłego podawania; od rodzaju stosowanej metody zależy poziom Ulironu we krwi, wpływający wyraźnie na przebieg leczenia (*Gottron* i współpracownicy, *Döllken*, *Felke* i inn.).

Na podstawie około 700 przypadków leczonych Ulironem, autor dochodzi do podobnych wniosków, jak i wielu innych badaczy (*Felke*, *Schreuss*, *Spiethof*, *Kowalsky* i inn.): leczenie Ulironem jest wskazane zwłaszcza w przypadkach długotrwałej rzeżączki, gdyż krótkotrwała trudniej poddaje się leczeniu. Autor stwierdził jednak, że oporne na leczenie przypadki zastarzałej rzeżączki spotyka się u chorych, źle wytwarzających niweczniki. Wyniki leczenia zależały od odczynu Bordet-Gengou t. zn., że dodatni wynik leczenia uzyskiwało się tym szybciej, im lepiej zaznaczał się odczyn. Ze względu na to, że odczyn Bordet-Gengou występuje w chwili pewnego przestrojenia ustroju w przebiegu rzeżączki, autor uważa go za najlepszy wskaźnik czasu dla stosowania Ulironu. W większości przypadków rzeżączki odczyn Bordet-Gengou zaznacza się mniej więcej w 14 dni po zakażeniu. *Engelhardt* i *Summent* podają, że w przypadkach rzeżączki otwartej, około 20% daje po 14 dniach odczyn dodatni, w przypadkach zaś rzeżączki zamkniętej — około 75%. Przy przejściu gonokoków do krwiobiegu odczyn Bordet-Gengou staje się dodatnim w 80 — 100%. W 162 przypadkach świeżej i przewlekłej rzeżączki z odczynem przynajmniej słabo dodatnim, już po pierwszym uderzeniu Ulironem (6 tabletek dziennie przez 5 dni) otrzymał autor wynik dodatni, podczas gdy w 222 przypadkach męskiej rzeżączki z ujemnym odczynem Bordet-Gengou, dodatni wynik otrzymano w 36%.

Na podstawie tych wyników leczenia przychodzi autor do wniosku, że podział na świeże i przewlekłe przypadki oddziaływające na leczenie Ulironem, nie jest ścisły i że raczej należałoby zastosować podział na przypadki wykazujące i nie wykazujące obecności niweczników w surowicy. Przypadki nie mieszczące się w tym podziale mogą należeć do jednej z trzech następujących grup: 1. W pewnej ilości przypadków odczyn Bordet-Gengou jest ujemny, pomimo obecności niweczników w surowicy. 2. Odczyn B. G. daje czasami dodatni, jednak nieswoisty wynik; 3. W przebiegu chorób przyłączających się, lub po wstrzyknięciu leków drażniących, nieswoistych (szczególnie mleka), odczyn B. G. może się stać czasowo, a nawet trwale ujemnym.

W celu pobudzenia ustroju względnie przyspieszenia wytwarzania niweczników, rozpoczął autor mniej więcej przed rokiem stosowanie swoistych szczepionek, poprzedzające leczenie Ulironem. Przy podawaniu małych dawek szczepionki, wzrastających co 2—3 dni, otrzymał autor w większości przypadków dodatni odczyn Bordet-Gengou po upływie 10 — 14 dni. Poszczególne wstrzyknięcia szczepionki stosowano po ukończonym przebiegu odczynu ustroju, wywołanym przez wstrzyknięcie poprzednie, a koniec odczynu ustroju roz-

poznawano za pomocą odczynu opadania krwinek. Przypadki w ten sposób leczone wykazywały po zastosowaniu Ulironu o wiele lepsze wyniki lecznicze, aniżeli przypadki leczone Ulironem po masywnych wstrzyknięciach szczepionki, względnie bez leczenia szczepionkowego. Autor zaleca następujący sposób leczenia szczepionką: 1. dnia 20, 3 dnia 40, 5. dnia 80, 7. dnia 160, 9. dnia 200 względnie jeszcze 11. dnia 250 — 300 milionów zarazków. Następnie stosował uderzenie Ulironem pod postacią 24 — 30 tabletek w 4 — 5 dniach. Przy podawaniu Ulironu w przeciągu 3 dni po 6 tabletek dziennie, otrzymywał autor dodatni wynik po pierwszym uderzeniu jedynie w 20% przypadków, leczonych poprzednio szczepionką, podczas gdy przy stosowaniu 5-dniowego uderzenia, wynik dodatni występował w 80%.

W przypadkach świeżej rzeżączki (zakażenie przed 1 — 2 tygodniami) zastosowanie jednego uderzenia Ulironem przynosi wyleczenie w około 25% przypadków. Pozostałe 75% należy poddać leczeniu szczepionką i zastosować drugie uderzenie Ulironem. Wspomnieć należy, że w tych 75%, leczonych Ulironem bez zastosowania szczepionki, duża ilość wykazuje zupełną oporność na leczenie Ulironem. Wobec tego należy, zdaniem autora, zrezygnować z efektownych wyników leczenia Ulironem w pierwszym okresie zakażenia rzeżączkowego, gdyż daje ono jedynie 25% wyleczeń, a stosować wprawdzie mniej efektowne, ale o wiele pewniejsze (80% wyleczeń) 10 — 14 dniowe leczenie.

Zagadnienie stosowania środków miejscowych, w szczególności soli srebrowych, należy zdaniem autora, rozpatrywać niezależnie od siebie w okresie poprzedzającym uderzenie Ulironem i podczas tego zabiegu. W czasie uderzenia Ulironem leczenie miejscowe jest według większości autorów wprawdzie nieszkodliwe, ale zbędne*). W okresie poprzedzającym leczenie Ulironem, dodatnie wyniki osiąga się przez stosowanie przepłukiwań Janeta roztworem nadmanganianu potasu.

Autor zaleca do przepłukiwań stosowanie zjonizowanych roztworów srebra; zabieg, zwany przez niego jontoforezą, wykonuje się przy pomocy specjalnego aparatu, gonojontoforu, który umożliwia jonizowanie prądem galwanicznym przepływającego roztworu srebra, przed zetknięciem się roztworu z błoną śluzową. Zjonizowanie roztworu ma na celu zmianę stężenia jonów wodorowych, zwiększenie jego siły dyfuzyjnej oraz działalności ściągającej. Jontoforeza umożliwia skrócenie czasu leczenia, oraz osiągnięcie wyleczenia, w przypadkach świeżej rzeżączki, w ciągu krótkiego czasu (14 dni). Jontoforezę można uważać za idealne uzupełnienie Ulironu i stosować ją przed rozpoczęciem podawania leku.

*) Zagadnienia tego nie można uważać jeszcze dzisiaj za pewnik.

Dr GÓTH, Klinika hr. Apponyj, Budapeszt, i in.

O LECZENIU TORANTILEM.

(Ref. wedł. Dtsch. med. Wschr. 1938, Nr. 10).

Colitis ulcerosa:

Góth stosował Torantil, niszczący histaminę, u 15 chorych, cierpiących na wrzodziejące zapalenie okrężnicy. Choroba trwała z przerwami 2—6 lat. Stan 2 chorych był dobry (1—2 stolców dziennie) względnie średnio-ciężki (4—5 śluzowych stolców dziennie). Pozostałych 13 chorych miało dziennie 8—12 krwawo-ropnych stolców; chorzy byli bardzo wychudzeni i niedokrwiści. Działanie Torantilu wyjaśnia poniższy przykład:

Kobieta lat 27, od 5 lat bóle brzucha, rozwolnienie (8—10 wodnistych stolców dziennie); wszystkie dotychczas stosowane środki lecznicze nie dają trwałych wyników. Częste wymioty, stany podgorączkowe. W ciągu 2 miesięcy strata na wadze 6 kg. Gruba kiszka bolesna przy ucisku, ciepłota 37,2°. Stolec krwawo-śluzowy, słabo zasadowy. W żołądku brak kwasu solnego. C. b. 13,200, c. cz. 3.200.000, Hb 47%; codziennie 150 mg witaminy C dożylnie, pepsyna z kwasem solnym i szczepionka prątków okrężnicy. Po przemijającej poprawie nawrót choroby. Przyjęta powtórnie na klinikę w kwietniu 1936. Dalsza strata na wadze, wymioty, ciepłota 37,8°. Obecnie zastosowano chorej codziennie, później co drugi dzień, po 1 ampułce Torantilu dożylnie, łącznie 12 ampułek Torantilu i 3 razy dziennie po 2 drażetki oraz kwas solny z pepsyną. Pod wpływem leczenia Torantilem, w ciągu trzech tygodni dolegliwości zniknęły zupełnie. Chora ma stolec raz dziennie, dobrze uformowany, wolny od patologicznych składników, bóle brzucha ustąpiły, przybrała na wadze 2,3 kg. Wyleczenie utrzymuje się od przeszło roku.

W 2 przypadkach nie uzyskano pomyślnego wyniku leczenia, przy czym w jednym rozpoczęto leczenie prawdopodobnie za późno: 16-letniego chłopca, chorego od 8 tygodni (waga ciała 19,6 kg!), już nie można było uratować. U pozostałych wynik pomyślny otrzymano po zastosowaniu 5—15 wstrzyknięć oraz po jednoczesnym podawaniu 3—6 drażetek Torantilu dziennie; dolegliwości ustępowały w ciągu 2—3 tygodni. Wstrzyknięcia śródmięśniowe stosowano, w zależności od ciężkości schorzenia, codziennie lub co drugi dzień. U dwóch chorych wystąpiła mierna bolesność w miejscu wstrzyknięcia, pozostali znosili miejscowe stosowanie doskonale. U jednego chorego wystąpiła po 1. i 2. wstrzyknięciu lekka zwyżka ciepłoty (37,9°), wobec czego zmniejszono dawkę do ½ cm³, następnie zwolna ją podwyższając. W ten sposób ukończono leczenie. U innych chorych tolerancja środka była bardzo dobra.

Marksość wątroby:

Dr Oefelein (D. M. W. 1936, Nr. 8) leczył 62-letniego mężczyznę, chorego na marskość wątroby. We krwi stwierdzało się 40 mg% ksantoproteiny, 1,7 mg% bilirubiny, odczyn indykanowy słabo dodatni. Odczyn Takata-Ary silnie dodatni, c. b. 7800, c. cz. 3.700.000, Hb 78%, znaczna limfocytoza. Mocz: urobilina + urobilinogen +, diastaza prawidłowa.

Dieta: bezsolna i bezbiałkowa. 12.XII: od tego dnia codziennie 2 razy 8 j. insuliny.

Salyrgan dożylnie do 4.II.1935 26 cm³, po wstrzyknięciu często 38,5°. 27.XII.1934 i 21.I. 1935 spuszczono 4500 i 5000 cm³ płynu przez nakłucie brzucha; mimo tego podwyżka wagi. Od 5.II—14.II codziennie 2 cm³ Torantilu domięśniowo oraz codziennie 4 drażetki doustnie. Od 15.II. poprawa przedmiotowa i objawowa. Poprawa łaknienia. Obwód brzucha zmniejsza się z 104 cm na 87,5, waga ciała z 76 kg na 68,7 kg. 18.III. chorego wypisano ze szpitala. Badanie kontrolne co 2—3 tygodnie; ostatnio IX.1935. Brak pogorszenia, obwód ciała 84 cm, waga

69 kg. Odżywianie ubogie w mięso i sól. Nie ma puchliny i bębnicy. Odczyn Takata-Ary od sierpnia ujemny. Codziennie 1—2 drażetek Torantilu.

Powyższa historia choroby uwidacznia wynik leczenia, uzyskany po podaniu Torantilu w przypadku, w którym dwumiesięczne stosowanie przyczynowego, ściśle dietetycznego leczenia nie dało żadnych wyników.

Pokrzywka:

Dr Hajos, Klinika hr. Apponyi, Budapeszt (Med. Welt. 1937, Nr. 8), stwierdzał często pokrzywkę w związku z niestrawnością. W przeważającej ilości przypadków przyczyną był brak kwasu solnego. Wchłanianie toksycznie działających produktów rozpadowych białka jest w ten sposób ułatwione. Dobre usługi oddaje kwas solny z pepsyną. Unieszkodliwienie histaminy w przypadkach zapaleń jelitowych, zapaleń okrężnicy i pokrzywki przez stosowanie Torantilu, dało doskonałe wyniki.

Rhinitis allergica:

C. R. Griebel, Klinika laryngologiczna, Frankfurt n. Menem (Jahreskurse f. ärztl. Fortbld. 1937, XI), stwierdza, że Rhinitis allergica, wywołana przez alergeny przewodu pokarmowego, najlepiej oddziaływuje na leczenie Torantilem. Trucizny powstające w przewodzie pokarmowym przy trawieniu pokarmów stają się najczęstszą przyczyną napadu alergicznego; odtruwa je przeciwalergiczny pierwiastek (Torantil), będący wyciągiem z błony śluzowej. Początkowo podaje się codziennie ostrożnie po 3 drażetki, a przy dobrej tolerancji podwyższa się dawkę do 5 drażetek. Ogółem podaje się około 40 drażetek, po czym zaleca się przerwę. U wielu chorych uzyskał *Griebel* bardzo pomyślne wyniki leczenia.

Ulcus ventriculi et duodeni:

G. Inui i *T. Komatsu*, Kyoto Furitsu Ikadaigatu (Rinsho Nippon Igaku 1937, t. 6), leczyli wrzody żołądka i dwunastnicy witaminą C i Torantilem. Choremu z wrzodem żołądka i silnymi krwawieniami, zastosowano obok ścisłej diety wstrzyknięcie Torantilu i Cantanu. Krwawienia ustąpiły po 10 dniach. W przypadkach podobnych uzyskano również pomyślne wyniki przez stosowanie Torantilu i Cantanu.

Zaburzenia jelitowe na tle alergicznym:

Dr W. Smets (Journ. Chir. Ann. Soc. Belge Chir. 1937, Nr. 9) leczył Torantilem zawał jelita (według *Hustina* alergiczny krwotoczny napływ). Obrzękła krezka wykazywała przy laparotomii rozlany krwotoczny rysunek, rozszerzone żyły wypełnione były krwią, a tętnice były skurczone. Wstrzyknięcia adrenaliny do krezki przyniosły początkowo poprawę. Po 3 dniach wystąpiły gwałtowne bóle z wzdęciami, bladość i silne poty. Efedryna i adrenalina nie działały i stan stawał się tak groźny, że wykonanie powtórnego zabiegu zdawało się konieczne. Spróbowano jednak zastosować jeszcze wstrzyknięcie Torantilu. W cią-

gu 2—3 minut zniknęły bóle i objawy, w godzinę zaś po wstrzyknięciu Torantilu chory czuł się zupełnie dobrze, a bębnica ustąpiła. Tym razem wyleczenie było zupełne.

Trądzik

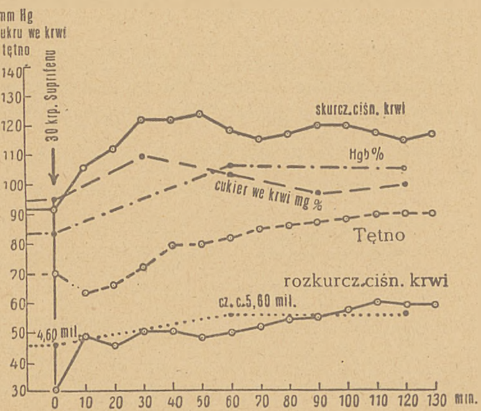
W 25 przypadkach ciężkiego trądzika uzyskał *Hartmann* (Derm. Wschr. 1938, Nr. 25) za pomocą Torantilu polepszenie i zupełne usunięcie schorzenia.

Dr H. FRANKE, Poliklinika chor. wewn. w Królewcu.

DZIAŁANIE SUPRIFENU W HIPOTONICZNYM ZESPOLE OBJAWÓW.

(Ref. wedł. Fortschr. Ther. 1938, z. 2).

Hipotoniczny zespół objawów, czyli samoistne niedociśnienie, uważają jedni badacze za samodzielne schorzenia, inni zaś za oznakę pewnej konstytucjonalnej postaci, dla której bardziej typową jest chwiejność ciśnienia krwi, aniżeli jego wyraźne obniżenie. Jako oznaki niedociśnienia wylicza się: skłonność do obniżenia się ciśnienia krwi, szybkie męczenie się, uczucie ciężkości w kończynach, nerwowość, bicie serca, brak powietrza, bóle głowy, przygnębienie, skłonność do zawrotów głowy i omdleń, migotanie przed oczami, wzmożona potrzeba snu, skłonność do potów, zaburzenia żołądkowe i jelitowe, niedostateczny popęd płciowy i hipoglikemia.



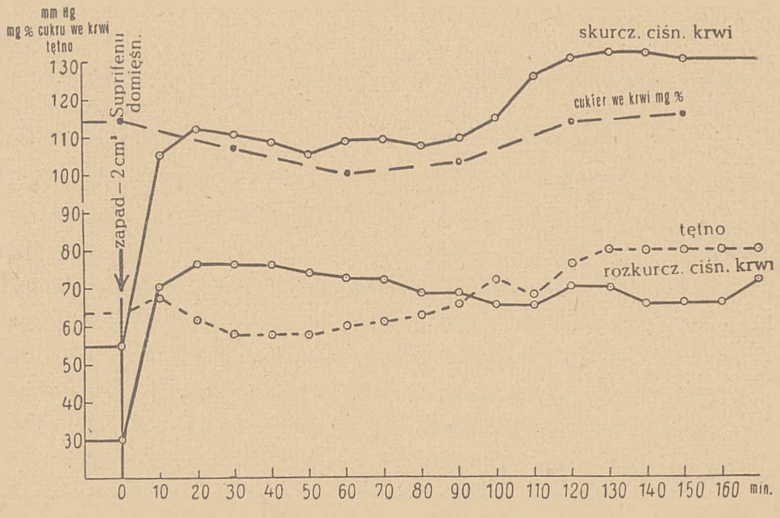
Leczenie zapadu Suprifenem (do hist. chor. 1).

Ten zespół objawów nasuwał myśl o możliwości korzystnego działania na ciśnienie krwi jednego z leków szeregu efedrynowego, zwłaszcza jeżeli uwzględni się skłonności do niedociśnienia i zapadu. *Franke* użył w tym celu Suprifenu.

Działanie Suprifenu wypróbowano na około 30 chorych z wyraźnymi obja-

wami niedociśnienia. 10 chorych znajdowało się w stanie zapadu. Oto kilka przykładów:

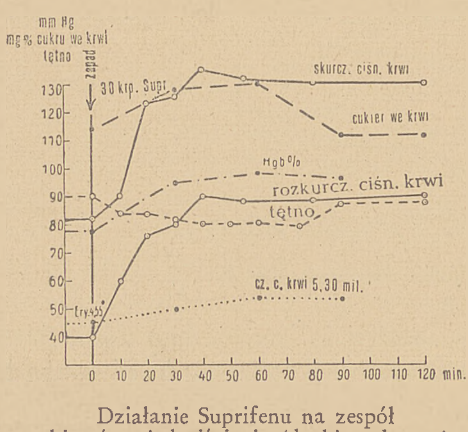
1. R. mdleje w poczekalni. RR 82/40 mm Hg. 30 kropli Suprifenu w wodzie. Po 8—10 minutach stan polepsza się, a po 20 minutach staje się prawidłowy. RR 130/90. Poziom cukru we krwi lekko podwyższony. Tętno prawidłowe, lekkie podwyższenie poziomu hemoglobiny i ciałek czerwonych. W następnych dniach 3 razy dziennie po 10 kropli Suprifenu; zapad nie powtarza się.



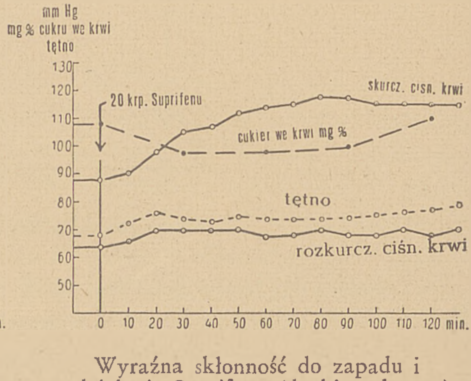
Szybkie podniesienie ciśnienia krwi w zapadzie za pomocą Suprifenu (do hist. chor. 2).

2. S. mdleje w poczekalni, HRR55/30 mm Hg! Tętno 48/min. 2 cm³ Suprifenu domięśniowo. W ciągu 10 minut podnosi się RR na 105/70. Działanie wyraźnie przewlekłe. Lekki spadek poziomu cukru we krwi.

3. H. z zespołem objawów niedociśnienia, bladość, ból głowy i zupełne przygnębienie. RR. 92/30 mm Hg. 30 kropli Suprifenu doustnie. Po 15—20 minutach chory czuje się zupełnie dobrze. RR po 10 minutach 105/48, po 30 minutach 120/50. Podwyższenie się poziomu hemoglobiny i ciałek czerwonych.



Działanie Suprifenu na zespół objawów niedociśnienia (do hist. chor. 3).



Wyraźna skłonność do zapadu i działanie Suprifenu (do hist. chor. 5).

4. B. w ostatnim czasie powtarzający się kilka razy dziennie zapad. 30 kropli Suprifenu doustnie. Powolne i stopniowe podniesienie się ciśnienia skurczowego z 95 na 125 mm Hg. Ciśnienie rozkurczowe, tętno i poziom cukru nieznacznie zmienione.

5. W. zespół objawów niedociśnienia, znaczne znużenie, ziewanie, bladość, bóle głowy. 20 kropel Suprifenu. Stopniowe podniesienie się ciśnienia z 88 do 105 mm Hg, ciśnienie rozkurczowe i tętno nieznacznie wzmożone. Wyraźne obniżenie poziomu cukru we krwi. Po pół godzinie występuje dłużej trwające zwiększenie amplitudy ciśnienia bez oddziaływania na ilość uderzeń tętna i na ciśnienie minimalne, jedynie drogą wzmożenia ciśnienia skurczowego.

U pozostałych chorych stwierdzono zasadniczo takie same oddziaływanie. Jedynie jeden chory w wieku około 70 lat, ze znacznym charłactwem nowotworowym, nie wykazał żadnego podniesienia się ciśnienia krwi pod wpływem Suprifenu. Szczególnie korzystną dla leczenia ambulatoryjnego zespołu objawów niedociśnienia jest możność doustnego podawania Suprifenu. Spostrzeżenia *Frankego* wykazały pełną skuteczność doustnego stosowania. Śródmięśniowo podawano Suprifen jedynie w 3 groźnych przypadkach. Wstrzyknięcia dożylne nie są potrzebne. Ponieważ Suprifen nie powoduje zwężenia naczyń, podwyższenie ciśnienia krwi jest wynikiem wzmożenia objętości minutowej. Wobec tego, że Suprifen zachowuje swą pełną skuteczność również po kilkakrotnym podawaniu, uzasadniona jest w zupełności przypisywana mu „tachyfilaksia". Jest możliwe, że Suprifen uczula naczynia na działanie właściwej ustrojowi adrenaliny, tym bardziej, że jak to wykazał *Schaumann*, działanie adrenaliny wzrasta, jeżeli poprzednio stosowano przetwory efedryny. W przeciwieństwie do silnie zwężającego naczynia działania adrenaliny, przeważa w Suprifenie działanie na serce, objawiające się w przewlekłym oddziaływaniu na krążenie. Podwyższenie ciśnienia skurczowego stwierdzono u 50% chorych. Zawsze występuje wyraźnie podwyższenie amplitudy ciśnienia, wskazujące na zwiększenie objętości uderzeniowej, gdyż ciśnienie skurczowe wzrasta silniej, aniżeli ciśnienie rozkurczowe. Oddychanie wykazało często, poza pewnym ożywieniem, pogłębienie i uspokojenie. Błona śluzowa oskrzeli doskonale wchłania Suprifen. Należy też wziąć pod uwagę stałe działanie na poziom cukru we krwi; często stwierdzano jego nieznaczny spadek. Takie same spostrzeżenie podaje również *Fasching*. Bardzo ciekawie zachowywał się poziom hemoglobiny i ciałek czerwonych, wykazując w 1—2 godzin po podaniu leku wyraźne podniesienie. Tłumaczy się to odpływem zebranej krwi, zwłaszcza w śledzionie, wątrobie, układzie żylnym i w obrębie nerwu trzewiowego, prowadzącym do podwyższenia ilości krwi krążącej.

Nie zauważono działań ubocznych, jak mdłości, wymiotów lub innych. Stan podmiotowy nie pogarsza się. Chory nie odczuwa nieprzyjemnie wzmożonej czynności serca.

Dr E. KRIEG, Freiburg w B.

WPŁYW WITAMINY B_1 NA CIERPIENIA ŻYLAKOWE.

(Ref. wedł. Münch. med. Wschr. 1938 Nr. 1).

Krieg przypadkowo zauważył, że gdy pewnej chorej, cierpiącej na bóle żylakowe, i u innej chorej z zniekształcającą artrozą, zastosował Betaxinę, bóle nie tylko ustąpiły, ale żylaki — obie kobiety cierpiały na nie — zmniejszyły się wyraźnie. Przypadek ten skłonił autora do wypróbowania działania Betaxiny u 35 żylakowatych chorych. Osiągnięto następujące wyniki:

1. Chory 60-letni; od 20 lat żylaki na obu nogach, grube sploty żylne, zaburzenia krążenia z obrzękiem goleni, występującym wieczorem. Po wstrzyknięciu 6 mg Betaxiny ustąpił obrzęk goleni i żylaków. Obwód goleni zmniejszył się o 1,5 cm przy równoczesnym wzmożonym wydzielaniu moczu. Chory mógł łatwiej chodzić i wykazywał większą wytrzymałość; ustąpiły zupełnie silne bóle w naczyniach, dające się poprzednio odczuwać przy zmianie pogody. Ogólny stan znacznie się polepszył. W ciągu 8 dni po przerwaniu dowozu witaminy, poprawa utrzymywała się, następnie zaczęły żyły nabrzmiewać, jednak bez nawrotu bólów. Powtórne podanie 6 mg Betaxiny przywróciło pomyślny stan naczyń. Chory nie zjawił się do dalszego leczenia.

Chora lat 36; od kilku lat stopniowo zwiększające się, bardzo bolesne, ale raczej powierzchowne żylaki w dołach podkolanowych. Po wstrzyknięciu 6 mg Betaxiny bóle ustąpiły, a żyły skurczyły się. Po 14-dniowej przerwie żylaki wystąpiły znowu wyraźnie, bez nawrotu bólów. Zastosowano w ciągu tygodnia doustne podawanie 3 mg Betaxiny; w następnym tygodniu codziennie 2 mg i w końcu codziennie 1 mg. W wyniku leczenia żylaki zmniejszyły się wyraźnie, a polepszenie utrzymało się przez szereg miesięcy pod wpływem tygodniowych dawek Betaxiny w ilości 3—4 mg.

3. Chora lat 60. Od młodości węzłowate żylaki na obu nogach. Po 12 mg Betaxiny (wstrzyknięcia) żylaki zmniejszyły się, workowate rozszerzenia zniknęły. Poprawa utrzymuje się bez zmiany od 6 tygodni.

4. E., chora lat 31. Od czasu przebycia dwóch porodów, żylaki na obu nogach; rozwijają się jeszcze silniej w czasie 3. ciąży. Obecnie, 3 miesiące po porodzie, wystąpiły silne dolegliwości, połączone z wyraźnym obrzękiem goleni. Po wstrzyknięciu 6 mg Betaxiny nie ma poprawy; po dodatkowym doustnym podaniu 10 mg Betaxiny (3 razy dziennie 1 tabletka), dolegliwości ustąpiły. Golenie nie puchną, żylaki skurczyły się. Pomimo przerwy w podawaniu witaminy, stan od 5 tygodni nie pogarsza się.

5. Chora lat 31. Po 2 ciążach — żylaki. Po wstrzyknięciu 12 mg Betaxiny (co drugi dzień wstrzyknięcie) chora może chodzić i stać, nie odczuwając przykrych bólów żylnych. Żyły nie są zmienione w sposób widoczny. Po 6-tygodniowej przerwie w podawaniu Betaxiny, bóle w żyłach wracają. Usuwa je wstrzyknięcie 2 mg Betaxiny, stosowane 2 razy tygodniowo.

6. Chory lat 31. Od 5 lat wzmagające się żylaki na udach i goleniach, z okresowymi znacznymi dolegliwościami. Trzy razy dziennie doustnie po 1 mg Betaxiny. W ciągu pierwszych 2 dni dał się zauważyć wzrost dolegliwości, następnie polepszenie i skurczenie się żył. Uczucie ucisku mija; chory może długo chodzić i stać. Powyższy stan utrzymuje się przy podawaniu drobnych dawek Betaxiny w ilości 2—4 mg tygodniowo.

7. Chory 57-letni. Mniej więcej od roku żylakowaty zastój, w szczególności w goleniach, z oznakami ukrytego, głębokiego zapalenia żył. Ogólna chwiejność naczyniowa; hipotonia. Po 3 wstrzyknięciach Betaxiny forte (30 mg) wydzielanie moczu ulega poprawie, ciśnienie krwi podnosi się, obrzęk goleni zmniejsza się o 1 cm. Punkty, bolesne na ucisk, w okolicy żyły goleniowej przedniej, zniknęły; poprawa utrzymuje się.

8. Chora lat 30. Od 3 lat żylaki z wtórną zastoinową dermatozą. Przez przeciąg 3 tygodni podawano codziennie doustnie 3 razy po 1 mg Betaxiny. Bóle w żyłach ustąpiły po 6 dniach, obrzęk goleni zmniejszył się, żylaki stały się mniej widoczne. Po 3 tygodniach dermatoza została wyleczona bez miejscowego leczenia.

9. Chora lat 32. Od dwóch lat powierzchowne żylaki na lewej goleni; od pół roku bóle żylne, zwłaszcza w okresie miesiączkowania. Codziennie 2 razy, po 14 dniach 1 raz dziennie po 1 mg Betaxiny doustnie. Po 6 tygodniach bóle w żylakach i niebieskawe zabarwienie znik-

nęły, miesiączkowanie stało się znacznie mniej bolesne; w 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia zupełnie bezbolesne. Dwa ostatnie miesiączkowania trwały o 2 dni dłużej niż zazwyczaj. Lekka poprawa wagi ciała. Chora przyjmuje tygodniowo drobne, doustne dawki Betaxiny.

Na 35 chorych u 30 usunięto dolegliwości żylakowe, zwłaszcza bóle żylne. Wynik leczenia zaznaczał się prawie zawsze po 4—8 dniach. Jako objaw dodatkowy 5-krotnie spostrzegano polepszenie wydzielania wody, a dwukrotnie polepszenie ciśnienia krwi w hipotonii. Zmniejszenie się żylaków w około 50% przypadków należy łączyć z lepszą kurczliwością żylakowatych naczyń. (Zauważono, że naczynie na grzbiecie ręki, szerokości około 2 mm, zmieniło się w pasemko grubości włosa). Zmniejszenie żylaków występowało w 6.—10. dniu leczenia. Działanie lecznicze Betaxiny zależne jest od okresu trwania leczenia. Należy rozpocząć leczenie domięśniowymi wstrzyknięciami Betaxiny po 5—10 mg co drugi dzień. O ile bóle zmniejszą się, należy przejść do podawania doustnego: przez 1. tydzień 3 razy dziennie 1 mg, przez 2. tydzień 2 razy dziennie po 1 mg i w 3. tygodniu 1 raz dziennie 1 mg. Ewentualny niedobór witaminy C należy usuwać przez jej dowóz. Przerwa w leczeniu powoduje po 6 — 12 dniach nawrót dolegliwości, coprawda w znacznie łagodniejszej postaci. Bóle żylne znikają na długi okres czasu. Wyjaśnienie działania witaminy B_1 na żylaki nie jest jeszcze możliwe. Należy się spodziewać, że uda się, zwłaszcza w okresie ciążowym, powstrzymać rozwój żylaków, względnie zapobiec ich powstawaniu; należałoby również spróbować zastosować witaminę B_1 w leczeniu przyczynowym stanów żylakowatości (wrzód goleni, dermatoza zastoinowa), oraz w celach profilaktycznych przed wytworzeniem zatorów u żylakowatych chorych przed zabiegami, porodami, długim leczeniem i t. d. Wskazania te wymagają dalszych badań.

Dr KÄTE DELBECK, Szpital Virchowa, Berlin.

O RZEŻĄCZKOWYM ZAPALENIU RDZENIA.

(Ref. wedł. Derm. Ztschr. 1937, T. 76).

Na oddziale skórnym Szpitala Virchowa spostrzeżono w ciągu 16 lat następujące zaburzenia nerwowe na tle rzeżączkowym: 1 przypadek zapalenia rdzenia, 1 przypadek obustronnego zapalenia nerwu kulszowego oraz 3 przypadki posocznicy, połączonej z podrażnieniem opon. Rzeżączkowe zapalenie rdzenia wystąpiło u 19-letniej dziewczyny, leczonej w 1936 roku między innymi Flavadiną. W wiele miesięcy po ukazaniu się objawów rzeżączki, wystąpiło u chorej mrowienie rąk, podeszew stóp, warg i języka. Uczucie odrętwienia wzmogło się, uniemożliwiając chodzenie i wstawanie; wzmogły się również zaburzenia czucia, wystąpiły zaburzenia łykania i trudności oddechowe, widzenia podwójne i zaburzenia mowy. Dopiero po upływie tygodni rozpoczęła się stopniowa poprawa, zakończona zupełnym wyleczeniem. Pierwszy przypadek zapalenia

rdzenia na tle rzeżączkowym opisano w r. 1803. Następujące prace dotyczą zaburzeń nerwowych na tle rzeżączkowym:

1805 *Home:* porażenie obu nóg wskutek rzeżączkowego zapalenia nerwów; 1830 *Stanley:* 2 śmiertelne porażenia połowicze na tle rzeżączki; 1847 *Ricord:* Myelitis gonorrhoica; 1856 *Gull:* 2 śmiertelne przypadki rzeżączkowego zapalenia rdzenia; 1866 *Tixier:* rzeżączkowe połowicze porażenie nóg; 1880 *Charcot:* rzeżączkowe połowicze porażenie nóg: 1888 *Hayem* i *Parmentier:* 2 rzeżączkowe porażenia połowicze; 1889 *Dufour:* zapalenie rzeżączkowe (?) rdzenia; 1891 *Raymond* i *Cestan:* zapalenie rdzenia wywołane przez toksyny rzeżączkowe; 1892 *v. Leyden:* rzeżączkowe zapalenie rdzenia; 1894 *Barié;* rzeżączkowe zapalenie rdzenia z zejściem śmiertelnym; 1900 *Eulenberg;* zapalenie rzeżączkowe nerwów z porażeniem kończyny dolnej; 1900 *v. Rad:* zapalenie rzeżączkowe rdzenia z zejściem śmiertelnym; 1901 *Delamare:* rzeżączkowe zapalenie opon mózgowych; 1902 *Herzog:* rzeżączkowe zapalenie rdzenia, wyzdrowienie; 1905 *Debove:* rzeżączkowe zapalenie rdzenia; 1905 *Bloch:* rzeżączkowe zapalenie rdzenia; 1907 *Pissavy* i *Stévenon:* rzeżączkowe zapalenie rdzenia; 1921/22 O'*Connor* i *Lindenfeld:* referat o 17 przypadkach z piśmiennictwa; 1923 *v. Polony:* rzeżączkowe zapalenie rdzenia z zejściem śmiertelnym; 1923 *Phifer* i *Forster:* referat o 29 zapaleniach rdzenia; 1928 *Gipson:* Myelitis transversa gonorrhoica; 1930 *Scherber:* połowicze rzeżączkowe porażenie; 1937 *Delbeck:* rzeżączkowe zapalenie nerwów i rdzenia.

Dr MAKS SAMUEL, Kolonia.

STOSOWANIE EVIPANU-NATRIUM W CELU BEZBOLESNEGO PRZEPROWADZANIA PORODÓW ORAZ DLA NARKOZY W PRAKTYCE GINEKOLOGICZNEJ

(D. m. W. 1933, Nr. 8).

Dokonywano już licznych prób uśmierzania bólów porodowych. Evipan-Natrium jest to środek, który w dawce 4—5 cm^3 sprowadza już po 20—30 sekundach stan odurzenia, *bez jakiegokolwiek jednoczesnego wpływu na samą czynność porodową.* Odnosi się nawet wrażenie, że po głębokim śnie, trwającym zaledwie kilka minut, bóle porodowe *często* stają się raczej skuteczniejsze, a zwłaszcza stany skurczowe ujścia macicznego ulegają zwiotczeniu. Jednocześnie można bez żadnych przeszkód stosować również środki pobudzające skurcze maciczne. Wkrótce po porodzie rodzące nie odczuwają już żadnej senności. Rozporządzamy obecnie szeregiem preparatów, wytwarzanych z tylnego płata przysadki mózgowej, czasami w połączeniu z innymi gruczołami wewnętrznego wydzielania, które bardzo skutecznie wzmacniają czynność porodową; dzięki stosowaniu tych swoistych preparatów ilość przypadków rozwiązań operacyjnych, a zwłaszcza porodów kleszczowych zmniejszyła się do minimum, a czas trwania porodu skrócił się znacznie.

Jeżeli po rozpoczęciu porodu bóle występują już z pewną regularnością, to należy po dokonaniu badania zewnętrznego, zbadać rodzącą również per rectum, dla ustalenia wielkości ujścia macicznego. Konieczne jest wyczucie palcem ujścia macicznego i przodującej części dziecka, nie tylko podczas przerwy bólo-

wej lecz również podczas największego natężenia skurczu. W ten sposób możemy otrzymać dokładniejsze dane o przebiegu porodu. Jeżeli ujście maciczne jest wielkości mniej więcej monety 5-złotowej, to drobnym, szczupłym kobietom wstrzykujemy 4 cm^3, kobietom średniej budowy — 4,5 a kobietom tęgim i silnym 5 cm^3 Evipanu-Natrium. Przed wywołaniem położniczego stanu odurzenia należy rodzącą pouczyć, aby podczas snu dokładnie stosowała się do ew. udzielanych jej przez lekarza wskazówek.

Czasami wskazane jest przeprowadzenie próby *orientacji i zdolności zapamiętywania*, aby przekonać się, kiedy rodząca ponownie zaczyna świadomie oceniać różne wrażenia. Okoliczność, że pacjentka jęczy lub odpowiada na pytania, nie jest bynajmniej dowodem, że natężenie odurzenia jest niedostateczne. Jeżeli np. podczas odurzenia pokażemy pacjentce zegarek i na zapytanie, co widzi, otrzymamy odpowiedź „zegarek", to pytajmy dalej, która godzina. Jeżeli pacjentka daje trafną odpowiedź, to i to nie dowodzi jeszcze, że stan odurzenia jest nie wystarczający. Jeżeli natomiast po 5 minutach zapytamy, co pokazaliśmy poprzednio, a pacjentka poda również godzinę, to należy uznać, że rodząca już się obudziła i dokonać drugiego wstrzyknięcia.

To drugie wstrzyknięcie, podobnie jak i wszystkie następne, nie powinno nigdy wynosić więcej niż 2—3 cm^3, które zawsze wystarczają do ponownego sprowadzenia dostatecznie głębokiego snu. Bardzo duże znaczenie ma dokładna obserwacja, kiedy *okres rozwierania przechodzi w okres wydalania.* Jeżeli obmacywanie macicy wzgl. obserwacja, czy rodząca już współpracuje dostatecznie, nie dają nam pewnych wskazówek w sprawie istnienia już bólów partych, należy przystąpić do ponownego zbadania per rectum. Ocena ciśnienia i głębokiego ustawienia główki podczas bólu i w przerwie między bólami, pozwalają nam rozpoznać okres wydalania, czyli początek bólów partych. Jeżeli rodząca sama nie prze dostatecznie, to należy ją dokładnie pouczyć, jak ma postępować, aby metodycznie współdziałała w pracy porodowej. U pierwiastek, gdy główka już jest widoczna w sromie, należy wstrzyknąć jeszcze 2—2,5 cm^3, aby również i przerzynanie się główki przebiegało bezboleśnie. U wieloródek określenie początku okresu wydalania jest trudniejsze, gdyż często widzimy, że podczas przerwy między bólami główka znajduje się w wejściu do miednicy, zaś na szczycie bólu schodzi aż na dno miednicy. Aby również i tutaj przerzynanie się przebiegało bezboleśnie, należy na początku bólów partych wstrzyknąć 2—3 cm^3. Bez względu na to, czy przybywamy do rodzącej w okresie rozwierania, czy już w czasie wydalania, wstrzykujemy jako dawkę początkową 4—5 cm^3. Jeżeli rodząca w związku z ustępowaniem stanu odurzenia i wyjaśnianiem się świadomości zaczyna ponownie odczuwać bóle i oceniać swą sytuację (próba orientacji i zdolności zapamiętywania), to wstrzykujemy znowu 2—3 cm^3. Największa zastosowana przez autora dawka w przebiegu bardzo długotrwałego porodu (około 36 godzin) wynosiła ogółem 18 cm^3. Należy stale zwracać baczną uwagę, aby zarówno podczas odurzenia jak i podczas uśpienia dolna szczęka nie opadała ku dołowi i nie utrudniała oddechu. W razie potrzeby należy szczękę posunąć ku przodowi za pomocą dwustronnego chwytu za kąty żuchwy. Pacjentkę, która przebyła odurzenie lub narkozę evipanową, można pozostawić samą dopiero po zupełnym obudzeniu się i całkowitym odzyskaniu świadomości.

Dla podstawowego uśpienia w chirurgii położniczej stosowano Evipan-Natrium w 6 przypadkach cięcia cesarskiego. Dawka wynosiła 8—10 cm^3. We wszystkich 6 przypadkach dzieci nie wykazywały absolutnie żadnych zaburzeń. Wydaje się więc, że Evipan-Natrium, w przeciwieństwie do innych narkotyków, nie przechodzi na dziecko.

Na podstawie swego doświadczenia autor dochodzi do ostatecznego wniosku, że w praktyce położniczej stosowanie Evipanu-Natrium w dawce początkowej 4—5 cm^3, z dalszym wielokrotnym powtarzaniem wstrzykiwań po 2—3 cm^3, umożliwia pomyślne przeprowadzenie porodu w stanie bezbolesnego odurzenia z całkowitą amnezją. Podczas stanu odurzenia można bez żadnych zastrzeżeń stosować w zwykły sposób wszelkie środki wzmacniające skurcze maciczne oraz przeprowadzać zabiegi potrzebne dla ew. przyspieszenia porodu; w każdej chwili możemy również przez wstrzyknięcie 5—8 cm^3 Evipanu-Natrium pogłębić stan zamroczenia do całkowitego uśpienia, dla założenia kleszczy, wykonania obrotu, ręcznego odłączenia łożyska lub szycia krocza. Poród nie tylko przebiega bezboleśnie, lecz również znaczniej szybciej.

Niezastąpionym jest Evipan-Natrium jako środek usypiający w *małej praktyce ginekologicznej*, w której szczególnie potrzebne są narkozy trwające 20—30 minut. W przypadkach, w których chcemy upewnić się w rozpoznaniu za pomocą badania przy rozluźnionych mięśniach, wstrzykujemy kobietom wykrwawionym 7—8 cm^3, a w warunkach przeciętnych 5—6 cm^3, co doprowadza do zupełnego zwiotczenia powłok brzusznych. Ta sama dawka wystarcza do przeprowadzenia skrobania. 5—6 cm^3 stosuje się również przy nacięciach gruczołu piersiowego, aby osiągnąć szybkie obudzenie się z uśpienia i umożliwienie nałożenia opatrunku w pozycji siedzącej. Dawka ta wystarcza również dla znieczulenia przy zwykle bardzo bolesnym wyjmowaniu tamponów. Szybkie obudzenie następuje zawsze bez wymiotów lub mdłości. Spostrzeżenia autora opierają się na materiale wynoszącym 106 porodów i około 500 zabiegów w uśpieniu.

(Dalszy ciąg)

GERHARD VENZMER

WYMIERAJĄCA CHOROBA.

„Weneryczne robaki", „zepsute" lub „za gorące nasienie", nieczysta krew menstruacyjna", występne obcowanie ze zwierzętami: wszystko jest winne powstaniu moru płciowego. Ludzie o uboższej wyobraźni mniemają, że gnilec, ospa i tyfus plamisty zawarły ze sobą związek małżeński i wytworzyły przymiot. Najprościej jednak jest przypisać gwiazdom winę powstania przymiotu. „Dobrą" planetę Jowisza pokonał złowróżbny Mars i Saturn, a ta nieszczęśliwa konstelacja znajduje się w znaku Skorpiona; w zodiaku Skorpion, panujący nad ciałem ludzkim, odpowiada strefie płciowej!

Każda narodowość stara się gorliwie zrzucić winę powstania zła na sąsiada. Podczas gdy Francuzi zwalają odpowiedzialność za zarażenie swoich najemników na Neapol, nazywając tę chorobę „mal de Napoles", Włosi odwzajemniają się za rozszerzenie przymiotu w Italii przez żołdactwo króla Francuzów, określając chorobę jako „Malum Francorum". Portugalczycy mówią o „Mal de Castilla", Hiszpanie znowu o „Malo gallico"; Polacy wspominają o „Chorobie niemieckiej", Rosjanie o „Polskiej chorobie", Persowie o „Tureckiej chorobie", ludy Wschodu o „Portugalskim Złem" i tak dalej.

O ile pominiemy urojenia i fantazje, to droga, którą przenikała choroba, prowadzi przypuszczalnie wstecz do Hiszpanii, zwłaszcza do Barcelony i stąd na Haiti. Istotnie, ówczesne kroniki podają, że zakaźna choroba płciowa, w zupełności podobna do przymiotu, grasuje pod nazwą „Guaynaras" od niepamiętnych czasów na wyspach Indii Zachodnich. Powiadają, że ma ona tam przebieg bardzo lekki, powodując nieznaczne wyrzuty skórne i liszaje, nie wywołując zupełnie spostrzeganego u Europejczyków strasznego wyniszczenia ustroju, zwłaszcza układu kostnego. Mówią też, że Indianie znają od zamierzchłych czasów różne leki i napoje, zwalczające to niedobre schorzenie, umieją nawet sporządzać wywar z twardego drzewa gwajakowego, który je skutecznie leczy.

Czy jest jednak możliwe, aby ta sama choroba występowała u Europejczyków i Indian pod tak różną postacią? Rzućmy ciężki kamień do wody: w chwili uderzenia powierzchni fale unoszą się ku górze, rozpryskują się i pienią. Jednak po krótkiej chwili wir się uspokaja, tworząc dokoła kręgi, które obejmują coraz większą przestrzeń. Podczas gdy pierwsze wzburzenie szybko przemija, to następnie całą powierzchnię wody ogarnia łagodny, ale nie dający się powstrzymać ruch, a obszar jego działania staje się bardzo wielki. Podobnie przedstawia się sprawa chorób zakaźnych, rozwijających się po raz pierwszy na podłożu nowym, nietkniętym jeszcze przez toksyny zakaźne. Pierwsze pojawienie się tych chorób podobne jest do wybuchającego, trawiącego płomienia, który wprawdzie stopniowo się zmniejsza, lecz w ukryciu tli się bezustannie. Ludowe przysłowie mówi: ludzie przyzwyczajają się do choroby; podobnie powonienie przyzwyczaja się do przykrego zapachu i po pewnym czasie odczuwa go o wiele słabiej. Wiedza tłumaczy to nieco inaczej, uważając, że im silniej jakiś naród w ciągu pokoleń zakażany jest pewnym jadem chorobowym, tym silniej wytwarza „przeciwjady", zwalczające dane schorzenia. W końcu każdy od swego dziadka czy pradziadka dziedziczy przynajmniej kroplę takiego przeciwjadu i rodząc się przynosi ze sobą odrazu ochronę przeciwko pewnej chorobie. Jako przykład może służyć następujący fakt: w Ameryce Środkowej i Południowej, szczególnie w Panamie i w Brazylii, szalała przed niewielu dziesiątkami lat żółta febra, jeszcze dziś niezupełnie wygasła, która rok rocznie porywała tysiące ofiar. I zawsze ofiarą padali świeżo przybyli do tych krajów Europejczycy. Przeciwnie, mieszkańcy okolic dotkniętych żółtą febrą, przebywający tam od kilku pokoleń, zapadali na nią o wiele rzadziej, a przebieg schorzenia był u nich niepo-

równanie łagodniejszy. Tubylcy zaś tych okolic byli zupełnie niewrażliwi na tę chorobę, gdyż odporność na nią przynosili ze sobą na świat.

Tym się też tłumaczy fakt, że pierwsze masowe wystąpienie w Europie przymiotu przebiegało, według wszystkich ówczesnych kronik, zupełnie inaczej, jak dziś, gdy kiła stała się jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób, jakie znamy. Jeśli odrzucimy wszystko, co przy dawniejszej nieznajomości i zamęcie pojęć nazywano przymiotem, to nawet wtedy obraz kiły, przekazany nam przez kronikarzy, będzie wystarczająco straszliwy. Choroba przebiegała z niezwykłą szybkością; pojawiały się nawet przypadki „galopujące", o niewiarogodnej wprost gwałtowności i złośliwości, które w niezwykle krótkim czasie sprowadzały śmierć w męczarniach. Do zwykłych objawów przymiotu należały jątrzące się wyrzuty skórne z dużymi pęcherzami, męczące bóle głowy i stawów oraz wczesne zajęcie układu kostnego, nadając choremu wygląd tak odrażający, że nawet trędowaci, których uważano za zakałę ludzkości i wykluczano ze społeczeństwa, zmuszając do chronienia się w lepiankach po za murami miast, wzbraniali się żyć wspólnie z chorymi na kiłę.

VII.

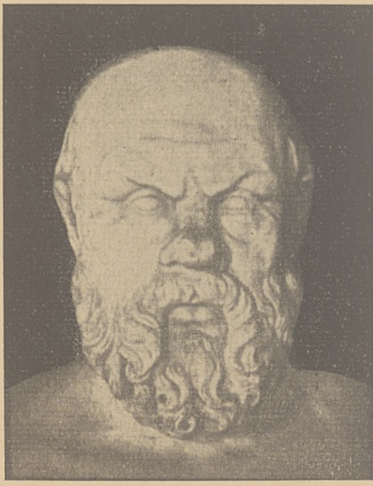
Jeszcze wynędzniała resztka najemników króla Francuzów nie powróciła do ojczyzny, stawiając w Lombardii rozpaczliwy opór zjednoczonym wojskom nieprzyjacielskim, gdy niespodzianie spada na zachodnie Chrześcijaństwo niezwykły edykt, wydany przez „ostatniego rycerza", Maksymiliana I, Cesarza i Króla Świętego Cesarstwa Rzymskiego i Narodu Niemieckiego. W lecie 1495 roku podążyły do Wormacji Stany Rzeszy i przedstawiciele miast na zgromadzenie parlamentu Rzeszy, spodziewając się rozporządzeń dotyczących pokoju publicznego i prawa o sporach, porządku prawnym i dziesięcinach. Pierwszym jednak przejawem woli panującego był ogłoszony dnia 7. sierpnia 1495 r. edykt przeciw bluźniercom, zdobny w drakońskie groźby, a rozpowszechniony w całym Państwie przez heroldów cesarskich. „Bóg rozgniewał się na ludzkość", mówi owo słynne później rozporządzenie, „za to, że zapomniała o przykazaniu powstrzymywania się „od wszystkich bluźnierczych słów i przysiąg przy wymawianiu Imienia Boskiego i Jego Ciała świętego", dlatego zesłał na nią kary takie, jak głód, trzęsienia ziemi i zarazę, a przede wszystkim „tę niedawno powstałą nieszczęsną, nową chorobę, która popularnie zwie się cierpieniem Francuzów i o której, odkąd pamięć ludzka sięga, nikt nie słyszał".



Cesarz Maksymilian I.
(Wedł. rysunku Albrechta Dürera)

Późniejsi kronikarze, śledzący powstawanie kiły, stwierdzają dziwny fakt, że

w sierpniu 1495 r., w chwili wydania edyktu Maksymiliana I, nowa choroba, o której tak wyczerpująco mówi cesarskie rozporządzenie, nie mogła panować w Niemczech, gdyż w tym czasie wojska Karola VIII walczyły jeszcze w okolicy Turynu. Czyżby w Europie i Niemczech znano przymiot już przed neapolitańską wyprawą króla Francuzów?



Popiersie Sokratesa w Villa Albani w Rzymie

Wkrótce cały szereg badaczy z całym przekonaniem zaczął głosić, że kiła była dobrze znana w Europie nie tylko na długo przed odkryciem Ameryki, ale co więcej, w starożytności, a nawet już w czasach przedhistorycznych. Rozporządzenia o domach publicznych z wczesnego średniowiecza, stare kroniki i listy, akty fundacyjne i protokuły sądowe, opisują objawy chorobowe, które mogły odnosić się do kiły. Starożytne wyroby ceramiczne i terrakoty przedstawiają rzekomych kiłowatych. Na popiersiach Sokratesa, przechowywanych w Watykanie, w Villa Albani w Rzymie i w Luwrze w Paryżu, usiłowano dostrzec „siodełkowaty nos", powstający przez kiłowy rozpad chrząstki nosowej. Doszukują się wzmianki o kile w tekstach rzymskich, greckich, babilońskich i egipskich, indyjskich i wschodnio-azjatyckich; co więcej, nad Marną wygrzebuje się prastary szkielet na przedhistorycznym cmentarzysku, pochodzącym z epoki kamiennej, znajdując podobno na kości ramieniowej i łokciowej zmiany uważane za ślad kiłowatego zapalenia szpiku kostnego.

Niestety, kiła jest chorobą podstępną i złośliwą, nie tylko dla biednych chorych, lecz także dla uczonych głów; nie chce ujawnić swej tajemnicy. Zapał, z którym przyjęto początkowo teorię o starożytnej kile, prędko ostyga: domniemane zmiany kiłowate na kościach szkieletów przedhistorycznych okazały się tylko zmianami włóknistymi, nie mającymi żadnego związku z kiłą. Dokumenty, stwierdzające istnienie kiły w epoce przedkolumbijskiej okazują się niezręcznymi oszustwami. Kroniki, listy, terrakota i popiersia *mogą* wprawdzie wskazywać na kiłę, ale *nie muszą* być tylko w ten sposób tłumaczone. Zaś ustęp edyktu maksymiliańskiego, mówiący o nowej chorobie, jest tylko poźniejszym dodatkiem do cesarskiego orędzia, wydanym w roku 1496, a więc w rok po wydaniu edyktu, kiedy zaraza z szaloną szybkością szerzyła się po północnej stronie Alp.

W końcu nikt już nie jest w stanie zorientować się w tej sprawie, i liczba zwolenników i przeciwników obu teorii jest równa; a gdy niektórzy gotowi są przysiąc, że odkrywcy Ameryki stamtąd przywlekli zarazek kiły, podając liczne dowody na potwierdzenie swego stanowiska, to strona przeciwna do-



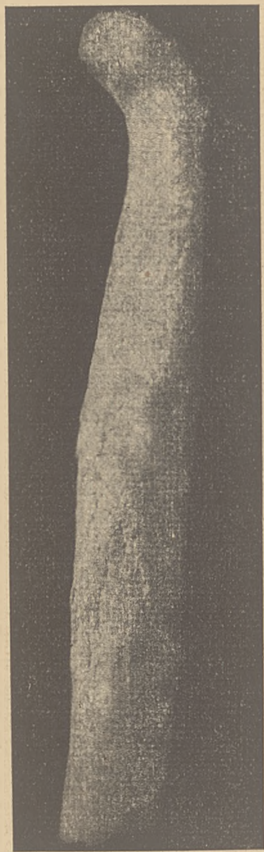
Popiersie Sokratesa w Luwrze w Paryżu.

wodzi, że to jest wszystko niedorzecznością i że kiła panowała w Starej Ziemi od chwili ukazania się na niej pierwszych ludzkich istot.

Ale, czyż naprawdę nie ma możliwości uzgodnienia tak krańcowo przeciwnych poglądów? Próbowano to uczynić w najnowszych czasach. Bodźcem stało się ważne nowoczesne odkrycie, dotyczące zarazków chorobotwórczych. Spostrzeżono mianowicie w doświadczeniach nad zwierzętami, że działanie licznych zarazków chorobowych wykazuje daleko idące wahania; spostrzeżenie to potwierdza nierównomierny przebieg rozmaitych epidemii. Nieoczekiwanie udało się też sztucznie wywoływać działanie zarazków chorobowych w laboratorium. Mianowicie, przenosząc zarazki chorobowe drogą szczepienia ze zwierzęcia na zwierzę w nieprzerwanym szeregu doświadczeń (tego rodzaju postępowanie doświadczalne określa się jako „pasaz zwierzęcy")—osiągało się w pewnych przypadkach nasilenie działania a z nim jadowitości i złośliwości zarazków. Czyż nie jest to pewne światło, rzucone na niejasną sprawę powstania kiły? Stwierdzono przecież dziwną zmienność w chorobotwórczych zdolnościach pewnych zarazków, wykazano, że pewne nikłe żyjątka, pozornie mało groźne, są w rzeczywistości prawdziwymi wilkami w owczej skórze, gdyż w sprzyjających okolicznościach, mogą przemienić się w niezwykle jadowite zarazki chorobowe. Taką niespodziewaną zdolność przemiany stwierdzono zwłaszcza u zarazków, wywołujących swoiste schorzenie wątroby w przypadkach żółtej febry i wykazujących niezwykłe podobieństwo do zarazków kiły; na tej podstawie można łatwo wysnuć wniosek, że niezwykła złośliwość kiły w okresie jej pierwszego masowego wystąpienia w Europie, miała podobne przyczyny.

Jasną jest rzeczą, że doniesienia kronikarzy o występowaniu od niepamiętnych czasów przymiotu wśród krajowców na Haiti, wywołały prawdziwą powódź badań, zmierzających do wykazania zmian kiłowych na szkieletach Indian, pochodzących z okresu przedkolumbijskiego. Ku ogólnemu zdziwieniu nie stwierdzono na żadnym z pomiędzy tysięcy badanych szkieletów, pochodzących z najrozmaitszych okolic Ameryki, nawet najdrobniejszych śladów zwyrodnienia kiłowatego. A więc starsi kronikarze, którzy pisali o pochodzeniu kiły z Haiti, mogli się pomylić i przyjąć za kiłę jakieś małoważne schorzenie skórne, właściwe wyspom zachodnio-indyjskim; jest to tym możliwsze, że, jak wiadomo, w ciągu kilku stuleci po odkryciu Ameryki, kiła szerzyła znaczne spustoszenia w Nowym Świecie.

Odnosi się jednak mimo wszystko wrażenie, że niektóre dokumenty starożytne i z okresu przedkolumbijskiego, stwierdzają rzeczywiście istnienie schorzenia, zbliżonego do kiły, wykazującego łagodny przebieg. Wywoływał je prawdopodobnie jakiś pozornie niewinny, w gruncie rzeczy niebezpieczny zarazek, jakby czekający tylko na sprzyjające okoliczności, aby się rozwinąć w chorobę. Tą okolicznością stało się zawleczenie zarazka przez marynarzy Kolumba do Nowej Ziemi. Przenieśli go oni na krajowców wysp zachodnio-indyjskich, a przeniesienie słabo działającego zarazka kiły na zupełnie obcą rasę Indian, podziałało jak „pasaż zwierzęcy". Stosunkowo mało groźny zarazek chorobowy przemienił się nagle w straszliwego wroga ludzkości. Z rzadko występującego i łagodnego schorzenia, powstała groźna dla całej ludzkości choroba, niosąca straszliwe zniszczenia kostne, jątrzące pęcherze i narośla. Ci, którzy wówczas mówili o „niezwykłej, nowej chorobie", działali w dobrej wierze: przymiot, który wystąpił bezpośrednio po odkryciu Ameryki a rozszerzył się dzięki wyprawie wojennej Karola VIII, zupełnie nie przypominał dolegliwości wcześniejszych okresów. Wydaje się więc, jak gdyby ten straszliwy nowy dopust Boży pochodził i nie pochodził z Nowej Ziemi; mało ważny zarazek, który niepostrzeżenie opuścił swoją ojczyznę, powrócił nieoczekiwanie, uzbrojony w straszną potęgę, atakując wszystko, co spotkał na swej drodze.



Jedna z kości wygrzebanych nad Marną, pochodząca z epoki neolitycznej, ze zmianami, które przez długi czas uważano za kiłowe, a które uważa się dzisiaj za wynik włóknistego zwyrodnienia (Ostitis fibrosa).

VIII.

Wszystko to jednak są teorie, wskazujące jedynie wyjście ze splotu sprzecznych poglądów w sprawie powstania kiły. Nie da się w sposób pewny udowodnić poglądu o zmianie działania zarazka kiły, ani twierdzenia o zadomowieniu się od niepamiętnych czasów kiły w Starej Ziemi, ani też odwrotnego twierdzenia o zawleczeniu jej po raz pierwszy do Europy przez odkrywców Ameryki. Na tym przykładzie możemy najlepiej sprawdzić przysłowie, że każda teoria jest szarą.

(Dalszy ciąg w nast. num.).

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Ostre zapalenie rogów przednich rdzenia u bydła rogatego.

Dotychczasowe piśmiennictwo opisuje jedynie przypadki zapalenia rogów przednich rdzenia u ludzi oraz jeden przypadek przeniesienia go na małpę. Po raz pierwszy podany jest opis „porażenia dziecięcego" u 1½-letniej jałówki. Wynik badania histologicznego i klinicznego odpowiadał w zupełności obrazowi chorobowemu ludzkiego zapalenia rogów przednich rdzenia. *Frauchiger* jest zdania, że należy liczyć się z częstszym występowaniem zapalenia rogów przednich u zwierząt. Opisywane małe epidemie zapalenia przednich rogów rdzenia, występujące po spożyciu mleka chorej krowy, przedstawiają się obecnie w innym świetle!

Dr Frauchiger,
Klinika Weterynaryjna w Bernie.
(Schweiz. Med. Woch. 1938, Nr. 6)

Betaxina przy porażeniach pobłoniczych.

W jednym z poprzednich numerów Ther. Ber. przeczytałem wiadomość o działaniu Betaxiny w przypadkach porażeń pobłoniczych oraz o pomyślnych wynikach, osiągniętych przy pomocy wstrzykiwań Betaxiny. O podobnych pomyślnych wynikach pragnę donieść na podstawie mojej praktyki okulistycznej. Opieram się na dwóch spostrzeżeniach całkowitego pobłoniczego porażenia akomodacji, połączonego z porażeniem podniebienia miękkiego. Takie porażenie akomodacji ustępowało dawniej dopiero po upływie 4 — 6 tygodni. Tym bardziej zdziwiło mnie działanie Betaxiny, którą stosowałem doustnie 3×dziennie po 2 tabletki. Obaj chorzy—chłopcy w wieku od 8 — 10 lat — podali zgodnie, że po 3 — 4 dniach mogli czytać. Moje badanie kontrolne, wykonane po 8-dniowym podawaniu tabletek Betaxiny, wykazało: znaczne cofanie się porażenia podniebienia miękkiego, prawidłową akomodację. Chociaż zdaję sobie dokładnie sprawę, że wydawanie zdecydowanego sądu na podstawie 2 przypadków nie jest właściwe, to jednak uważam, że należało je podać, w celu zachęcenia lekarzy do badań kontrolnych.

Dr Schneider, Aschaffenburg.
(Ther. Ber. Nr. 6. 1938)

Używanie Zephirolu do usuwania resztek gipsu z rąk.

Każdy lekarz, który zakłada często opatrunki gipsowe, przekonał się prawdopodobnie, że usuwanie resztek gipsowych z łożyska paznokcia oraz spod paznokci, wymaga dłuższego czasu. Przypadkowo zauważyłem, że używany przeze mnie do odkażania roztwór Zephirolu ogromnie ułatwia usunięcie uciążliwych resztek gipsu. Krótkie szczotkowanie w roztworze Zephirolu usuwa resztki gipsowe bez śladu i bez zbytniego wysiłku. Ponieważ równocześnie stwierdziłem, że roztwór Zephirolu nie wywołuje najlżejszego podrażnienia skóry, mogę ten sposób oczyszczania rąk gorąco polecić.

Dr Dieterich, Steinheim.
(Ther. Ber. 1938 zesz. 6)

Przyczynek do mnogich zapaleń nerwów w okresie ciążowym.

W ostatnich czasach często opisywano zapalenie nerwów w okresie ciążowym. W 1936 r. *Stähler* (M. M. W. 1937, Nr. 9) stwierdził u 15 kobiet dolegliwości neurytyczne, spowodowane przez niedobór witaminy B_1. Szybki, dodatni wynik leczenia Betaxiną wskazuje również na to, że w pewnych postaciach niepowściągliwych wymiotów ciężarnych istnieje niedobór witaminy B_1. *Gaehtgens* (M. M. W. 1936, Nr. 18) wyleczył ura-

zowe popołogowe zapalenie nerwów witaminą B_1. *Schwochow* (M. M. W. 1937, Nr. 3) również wyleczył popołogowe zapalenie nerwów Betaxiną. *Kramm* opisuje podobny wynik:

U kobiety zagrożonej poronieniem, u której udało się utrzymać ciążę przez podawanie jej hormonów ciałka żółtego, wystąpiło w końcowym okresie ciąży mrowienie i odrętwienie palców i nóg. Chód stał się niepewny. Wystąpiły bóle w oczodołach, czucia smakowe zmniejszyły się, lewa połowa twarzy uległa porażeniu. W tym stanie przywieziono chorą do szpitala; przy badaniu stwierdzono zupełne porażenie lewego nerwu twarzowego, brak odruchów kolanowych i ścięgna Achillesa. Odczyn Romberga słabo dodatni. Chód spastyczno-ataktyczny. Stwierdzono zaburzenia czucia w palcach rąk i nóg, podudzi oraz w mniejszym stopniu w ramieniu. Ponieważ obraz chorobowy wykazał mnogie, ciążowe zapalenie nerwów, zastosowano Betaxinę (10 mg dziennie domięśniowo). Po 5 dniach wystąpiła poprawa odruchów, bóle neuralgiczne ustąpiły, porażenie nerwu twarzowego znikło. W 24. dniu choroby nie stwierdzono, poza brakiem odruchu kolanowego, żadnych innych zmian chorobowych. W międzyczasie podano ponad 100 mg Betaxiny. Dla uniknięcia nawrotu, podano w odstępach 2—3-dniowych 8, następnie tylko 2 mg Betaxiny. 46. dnia powróciły odruchy kolanowe. W krótkim czasie nastąpił poród, który odbył się bez powikłań.

Dr H. Kramm, Halle.
(Zbl. Gynäkol. 1938 Nr. 5)

Nowy sposób uwidaczniania kamieni przepuszczających promienie X.

W celu uwidocznienia kamieni, przepuszczających promienie X, kładł je *Schober* do „kałuży" Abrodilu i wypełniał pęcherz powietrzem. Po spuszczeniu moczu wprowadza się do pęcherza 10 cm^3 Abrodilu, następnie 150 cm^3 powietrza. Na radiogramie uwidacznia się kamień w postaci jasnej, dobrze ograniczonej plamy, w cieniu wytworzonym przez Abrodil.

Dr Schober, Halle.
(Z. Urol. 1938, Nr. 1)

O działaniu Suprifenu.

Od 3 lat śledzi autor działanie Suprifenu. Stosuje go głównie w stanach niedociśnienia. Należą tu chorzy z typowym niedociśnieniem lub z wagotonią, oraz wykazujący obniżenie ciśnienia krwi w przebiegu rozmaitych schorzeń narządu krążenia, jak dusznicy bolesnej, zwężenia lewego ujścia żylnego i innych. Poza tym spostrzegał autor działanie Suprifenu u chorych z niedociśnieniem po ciężkich schorzeniach zakaźnych i innych chorobach wyniszczających. Po leczeniu Suprifenem ustępowały w krótszym lub dłuższym czasie wszystkie objawy wywołane przez choroby powodujące niedociśnienie. W większości przypadków objawy nie powracały, nawet po przerwaniu leczenia. Autor podawał Suprifen zwykle w kroplach. Ze względu na to, że leczy przeważnie chorych na serce, mógł doskonale śledzić działanie Suprifenu na krążenie i na serce. W lekkich postaciach niepowikłanego niedociśnienia, dawka mała (3 razy dziennie po 5—8 kropli) była najzupełniej wystarczająca. W średnio-ciężkich i ciężkich schorzeniach serca stosował autor często po leczeniu strofantyną i cukrem gronowym krople Suprifenu — przez wzgląd na znaczne osłabienie krążenia, przeważnie w dawce silniejszej (3 razy dziennie po 20 kropli). Przy leczeniu serca wstrzyknięciami dożylnymi, podawał jako lek skrzepiający krążenie czasem również Suprifen. W przypadkach ciężkich zapaleń płuc podawano wielu chorym nawet większe dawki. W ciężkich pogrypowych zapaleniach płuc, które leczono codziennymi dużymi dawkami strofantyny, można, po polepszeniu się stanu chorego, zastąpić w zupełności strofantynę podawaniem Suprifenu; ten sam sposób postępowania stosował autor w chorobach serca po przeprowadzeniu leczenia naparstnicą lub strofantyną, uzyskując w Suprifenie doskonały lek zastępczy. Co do tolerancji przetworu, to autor zauważył, że chorzy ze zwykłym niedociśnieniem znoszą źle dawkę większą od dawki 3 razy dziennie po 5—8 kropli. Doskonale oddziaływały nawet na największe dawki średnio-ciężkie i ciężkie schorzenia serca oraz typowe zapady krążeniowe. Objawy nietolerancji

nie występowały nawet w przypadkach podawania Suprifenu przez dłuższy czas (3 razy dziennie po 20 kropli). Dotychczasowe wyniki zachęcają autora do zalecania Suprifenu we wszystkich postaciach niedociśnienia, jako środka działającego szybko i utrzymującego przez czas dłuższy swe działanie.

Dr Max Noetzel.

(Frankfurt n. Menem-Hoechst)

Wadliwe leczenie zaparcia.

Leczenie przewlekłego zaparcia lewatywami, jest według *Kalka* występkiem. Leczenie lewatywami oraz podawanie silnie działających drażniących środków przeczyszczających, pochodzą z czasów, w których nie umiano odróżnić rzeczywiście niebezpiecznego zatrzymania stolca w przypadkach niedrożności jelit i zapalenia otrzewnej, od zwykłego zaparcia. Ponieważ pewne metody lecznicze zachowują się dłużej wśród ludu, aniżeli w medycynie, często spotykamy się tu ze zdaniem, że zaparcie jest szkodliwe i niebezpieczne. W razie braku stolca stosuje się natychmiast albo lewatywę, albo środek przeczyszczający. Jelito doprowadza się tym do takiego stanu, że przestaje oddziaływać na zwykłe bodźce, oddziaływując tylko na silne bodźce dodatkowe; przyczynia się to do wytwarzania przewlekłego zaparcia. Nie jest też przypadkiem, że w krajach, w których najchętniej używa się środków przeczyszczających i lewatyw (Anglia, Ameryka), nawykowe zaparcie jest najbardziej rozpowszechnione. Lewatywy i środki przeczyszczające powodują poza tym trwałe drażnienie błony śluzowej jelita grubego, przygotowując grunt do wytwarzania się przewlekłych stanów zapalnych jelit, kończących się często ciężkim wrzodziejącym zapaleniem grubej kiszki. W krajach anglosaskich schorzenie to jest o wiele więcej rozpowszechnione, gdyż używa się tam częściej lewatyw i leków przeczyszczających. Błonica śluzowata jelita zdarza się o wiele rzadziej wówczas, kiedy nie używa się często lewatyw. Nie należy jednak odrzucać wszystkich leków przeczyszczających en bloc; powyżej podane uwagi dotyczą środków silnie drażniących oraz nadużyć popełnianych przez ciągłe zmienianie leków przeczyszczających i podwyższanie ich dawek. Pewne leki przeczyszczające, zwłaszcza te, które łączą w sobie bodziec chemiczny z bodźcem lepszego wypełnienia jelita i lepszej przesuwalności (parafina), są przy umiejętnym i stałym dawkowaniu cennym środkiem umożliwiającym „przyzwyczajenie" jelita do regularnego wypróżnienia.

Prof. Dr Kalk, Berlin.

(Ref: Z. f. ärztl. Fortb. 1938, Nr. 1)

Wpływ czynników meteorologicznych na zjawiska płciowe i na ciążę.

Wpływ czynników kosmicznych na życie płciowe kobiet jest do tej pory niedoceniany. Ogólnie znany i bliżej zbadany jest wpływ czynników takich, jak: plamy słoneczne z ich 27-dniową okresowością, promienie kosmiczne i zmiany księżyca. W okresie pełni i nowiu księżyca stwierdza się wyraźnie wzmożenie okresu miesiączkowania (statystyka opracowana na 10000 kobiet). Istnieje podobno łączność między porodami, a odpływem i przypływem morza. Akuszerki podają, że środki wywołujące bóle porodowe, skuteczniej działają w ciągu odpływu. Autor nie potwierdza tego spostrzeżenia; największa liczba urodzin przypada, jego zdaniem, na godzinę największego przypływu. Typową chorobą meteotro-

pową jest rzucawka. Stwierdzono również, że przedwczesne pęknięcie pęcherza występuje często równocześnie z przejściem frontów meteorologicznych. Ciśnienie atmosferyczne idzie równolegle z częstością porodów i ilością bólów porodowych. Wpływ swój wywierają również wahania klimatu zależne od pór roku. Wiemy z doświadczenia, że pozamałżeńskie zajścia w ciążę oraz zbrodnie seksualne mnożą się w okresie wiosennym. Szczyt krzywej niepowściągliwych wymiotów przypada na okres zimowy. Wielokrotnie stwierdzono niejednakowy okres trwania ciąży, wynoszący w zimie 277 dni, a w lecie 285 dni. Przyrost gruczołów błony śluzowej macicy przy trwałych pęcherzykach, występuje przeważnie w lecie, podobnie jak okresowy brak miesiączkowania.

W związku z rytmicznymi wahaniami pór dnia uderza, że według badań przeprowadzonych na 10000 rodzących, wstępne bóle porodowe wykazują największe nasilenie między 20—23 godziną, 48,8% porodów odbywa się w czasie dnia, a 51,2% w ciągu nocy. Powyższe wyniki przemawiają za wpływem światła. *Kirchhoff* przeprowadził szereg doświadczeń z myszami i stwierdził, że po naświetlaniu trwałymi promieniami czerwonymi lub pozafiołkowymi, występował odmienny przebieg rui, zależny od rodzaju użytego światła. Bardziej zrozumiałe staje się przez to dodatnie działanie naświetlań czerwonymi promieniami, w przypadkach niedorozwoju części rodnych.

Dr Kirchhoff, Kilonia.

(Schweiz. med. Wschr. 1938, Nr. 4)

Szybkość opadania krwinek w chorobach wątroby i dróg żółciowych.

Szybkość opadania krwinek nie przebiega w żółtaczce prostej w sposób zupełnie typowy; przeważnie bywa nieco zmniejszona lub też prawidłowa; w części przypadków stwierdza się lekkie przyspieszenie. Przyspieszenie jest charakterystyczne dla wszystkich przypadków choroby Weila, żółtaczki kiłowej, kiły, raka wątroby, choroby wątroby i dróg żółciowych, zapalenia dróg żółciowych i ropni wątroby. W marskości wątroby opadanie jest przyspieszone, lecz w szeregu przypadków w ciągu całego okresu choroby opadanie jest prawidłowe. W schorzeniach pęcherzyka żółciowego przyspieszenie opadania występuje wówczas, gdy sprawa zapalna toczy się wewnątrz pęcherzyka żółciowego. Szybkość opadania posiada wartość rozpoznawczą w przypadkach chorób przebiegających z objawami żółtaczki. Brak przyspieszenia przemawia za żółtaczką prostą. Znaczne przyspieszenie wskazuje na możliwość żółtaczki kiłowej, złośliwego guza albo zapalnego uwięźnięcia kamienia. Nieznaczne przyspieszenie jest rozpoznawczo bezwartościowe, gdyż może występować również w żółtaczce prostej.

Dr B. Barth,
Szpital Horst-Wesslą, Berlin.

(Münch. Med. Woch. 1938, Nr. 6)

Leczenie wstrząsu popromiennego syntetyczną witaminą B_1.

Martin i *Moursund* otrzymali niezwykłe kliniczne wyniki, lecząc od około 6 miesięcy wstrząs popromienny witaminą B_1. Doświadczenia ze świnkami morskimi wykazały, że po śródmięśniowym podaniu 1000 j. m. B_1 (2 mg Betaxiny) przy równoczesnym zastosowaniu minimalnej dawki śmiertelnej promieni X w ilości 700 r (śmierć w ciągu 19—21 dni) udało się jedno zwierzę utrzymać przy życiu przez 38 dni, a 2 inne zwierzęta przez nieograniczony okres czasu. Po zastosowaniu dawki 800 r (śmierć zwierząt kontrolnych po 4 względnie 22 dniach) jedno zwierzę żyło przez 24 dni, a dwa inne przez nieograniczony okres czasu. Po dawce 900 r jedno zwierzę żyło przez 5 dni (nie dłużej od kontrolnych), jedno 6 dni i jedno 22 dni. Powyższe wyniki dowodzą, że witamina B_1 ma we wstrząsie popromiennym działanie ochraniające. Świnki morskie, którym przez 16 dni codziennie wstrzykiwano po 1000 j. m. witaminy B_1, nie wykazały żadnych objawów toksycznych, lecz pobudzenie łaknienia wywołało przyrost wagi od 20 — 90 g.

Dr Ch. L. Martin i *Dr W. H. Moursund*,
Dallas-Texas.

(Am. Jl. Roentg. 1937, t. 38)

Badania nad częstością niepłodności po obustronnym rzeżączkowym zapaleniu najądrzy.

Spadek ilości urodzeń w Niemczech, wywołany następowymi objawami rzeżączki, wynosi około 35000 — 40000. W tej liczbie niepłodność mężczyzny wynosi około 1/3. Brak plemników może być spowodowany nawet przez jednostronne zapalenie najądrzy, a tym bardziej przez obustronne zapalenie. Liczne dane, zaczerpnięte z piśmiennictwa, stwierdzają, że w 80% do 96% przypadków niepłodność mężczyzn jest wywołana przebytym obustronnym zapaleniem najądrzy. Badania przeprowadzone w Królewcu wykazały, wbrew dotychczasowym przypuszczeniom, że tylko w 46% stwierdzano brak żywych plemników. Wobec tego postanowił *Schmidt* zbadać chorych leczonych na klinice, którzy przechodzili tam bądź to obustronne zapalenie najądrzy, bądź też jednostronne, po stronie dotychczas zdrowej. Zbadano 53 mężczyzn i stwierdzono u 27 płodność, a u 26 niepłodność (na podstawie zbadania wytryskiwania nasienia). Dalsze 4 badania, przeprowadzone przez prof. *Löhe*'go wykazały żywe plemniki u 4 chorych z przebytym obustronnym zapaleniem najądrzy. Wynika z tego, że na 57 chorych 31 odzyskało płodność. Jako dowód może też służyć fakt, że jeden z poprzednio chorych, został ojcem dwóch bliźniaków. Im dłuższy czas dzieli chorego od przebytego zapalenia, tym prawdopodobniejszą się staje możliwość odzyskania płodności. Poprzednio ustalone, niepomyślne rokowanie było skutkiem przedwcześnie przeprowadzonego badania. Brak plemników, stwierdzony przy badaniu nasienia, można uważać za trwały dopiero wówczas, kiedy od chwili zapalenia najądrzy upłynęło wiele lat.

Dr Werner Schmidt, Szpital Virchowa, Berlin.

(Derm. Wo. 1938, Nr. 1)

Leczenie przeziębienia.

Próbne podawanie Prontosilu w przypadkach przeziębień dało dobre wyniki i zachęciło *Elyana* do podawania tego leku około 100 chorym w pierwszym okresie przeziębienia (katar, zapalenie krtani, kaszel i t. p.). Działanie było zawsze szybkie i przerywało zaziębienie. Ani w jednym przypadku nie stwierdził autor braku oddziaływania na Prontosil. *Elyan* stosował w pierwszym dniu przeziębienia 1 tabletkę 0,5 g Prontosilu album o 18. godzinie, a 2 dalsze tabletki przy kładzeniu się do łóżka. Dawka ta zazwyczaj wystarcza, zwłaszcza, jeżeli przeziębienie znajduje się w początkowym okresie. Przy silnym przeziębieniu należy zażyć następnego dnia wieczorem jeszcze dwie tabletki (2 godziny po jedzeniu). Dzieci ważące ponad 32 kg, znoszą dobrze 1 tabletkę dziennie, dzieci ważące od 20—32 kg po ½ tabletki wieczorem i rano. Po upływie 36 godzin każdy chory czuł się zupełnie dobrze.

Dr M. Elyan, Londyn.

(Brit. med. 1938, Nr. 4019)

Kalendarzyk lekarskich kursów dokształcających, organizowanych na terenie Rzeszy Niemieckiej w 1939 r.

1. Hamburg: Choroby skórne i weneryczne. Promieniolecznictwo. (Mulzer). Miejsce kursu: Klinika Chorób skórnych i wenerycznych (26. 6.—1. 7. 1939). Opłata: 60 Rm;
2. Hamburg: Promieniolecznictwo (zwłaszcza leczenie promieniami X). (Holthusen). Miejsce kursu: Uniwersytecki Instytut Rentgena (3.—8.7. 1939). Opłata: 60 Rm;
3. Wiedeń: Choroby skórne i weneryczne. Promieniolecznictwo. (Scherber). Miejsce kursu: Klinika chorób skórnych i wenerycznych (26.6.—1.7.1939). Opłata: 60 Rm;
4. Wiedeń: Kosmetyka i plastyka (Oddziały skórne, chirurgiczne, otolaryngologiczne). Miejsce kursu: Kliniki Wiedeńskie (3.—15.7. 1939). Opłata: 120 Rm;
   A. Dział skórny (3.—5.7. 39.). Opłata: 30 Rm; ,
   B. Dział chirurgiczny (6.—12.7. 39.) opłata: 70 Rm;
   C. Dział otolaryngologiczny (13.—15.7. 39) opłota: 35 Rm;
5. Wiedeń: Choroby dróg moczowych (Haslinger). Miejsce kursu: II. Klinika Chirurgiczna (17.—22.7. 39.). Opłata: 60 Rm;
6. Wiedeń: Choroby zębów, jamy ustnej i szczęki. (Pichler). Miejscu kursu: Szpital Powszechny (17—22.7. 39). Opłata: 70 Rm;
7. Wiedeń: Chirurgia klatki piersiowej. (Denk). Miejsce kursu: II. Klinika Chirurgiczna (24.—29.7. 1939). Opłata: 70 Rm;
8. Kolonia: Chirurgia jamy brzusznej. (v. Haberer). Miejsce kursu: Klinika chirurgiczna (31.7.—5.8. 39.). Opłata: 70 Rm;
9. Bochum i Gelsenkirchen: Chirurgia urazowa i kończyn oraz orzecznictwo wypadkowe. (Bürkle — de la Camp). Miejsce kursu: Szpitale: „Bergmannsheil I i II". (7.—12.8. 39.). Opłata: 70 Rm;
10. Kolonia: Radiologia chirurgii urazowej. (Grashey). Miejsce kursu: Uniwersytecki Instytut Rentgena (14.—15.8. 1939). Opłata: 30 Rm;
11. Kolonia: Ortopedia. (Hackenbroch). Miejsce kursu: Klinika Ortopedyczna (16.—19.8. 39.). Opłata: 50 Rm;
12. Hohenlychen: Chirurgia inwalidzka. Leczenie ćwiczeniami i sport wyrównawczy. (Gebhardt). Miejsce kursu: Lecznice (21.—23.8. 1939). Opłata: 35 Rm;
13. Wiedeń: Radiologia i klinika czaszki. (Mayer). Miejsce kursu: Szpital Powszechny. (31.7.—5.8. 39.). Opłata: 70 Rm;
14. Monachium: Radiologia dla chirurgów i lekarzy wewnętrznych. (Stumpf). Miejsce kursu: I. Klinika chor. wewn. (26.6.—1.7. 39.). Opłata: 60 Rm;
15. Wrocław: Diagnostyka chorób żołądka i kiszek. (Gutzeit). Miejsce kursu: Klinika chor. wewn. (26.—29.6. 39.). Opłata: 35 Rm;
16. Monachium. Choroby krwi, nerwów, stawów i przemiany materii, endokrinologia, witaminy. (Schittenhelm-Stepp). Miejsce kursu: I. i II. Klinika chor. wewn. (3.—8.7. 39). Opłata: 50 Rm;
17. Wiedeń: Dietetyka. (Eppinger, Risak). Miejsce kursu: I. Klinika chor. wewn. (10.—15.7. 39.). Opłata: 50 Rm;
18. Berlin: Choroby zakaźne, serca, narządu krążenia i nerek. (Horsters). Miejsce kursu: Szpital Rudolfa Virchowa. (17.—22.7. 1939). Opłata: 50 Rm;
19. Lubeka: Alergia. (Hansen). Miejsce kursu: Szpital Powszechny. (24.—29.7. 39.). Opłata: 50 Rm;
20. Frankfurt n. Menem: Neurologia, psychiatria, psychoterapia. (Kleist). Miejsce kursu: Klinika chorób nerwowych. (31.7.—5.8. 1939). Opłata: 50 Rm;

21. Berlin: Choroby dziecięce: zapobieganie u dzieci, odżywianie, gimnastyka dziecięca i młodzieńcza, choroby przemiany materii, neurologia, psychiatria, zagadnienia trudności wychowywania, choroby dziedziczne, (Bessau, Hofmeier). Miejsce kursu: Klinika Chorób dziecięcych, Kaiserin Auguste-Victoria-Haus, Kaiser-u. Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus. (26.6.—1.7. 39.). Opłata: 50 Rm;

22. Kolonia: Choroby dziecięce: choroby zakaźne, narządu krążenia i nerek, alergia, opieka (Kleinschmidt). Miejsce kursu: Klinika chorób dziecięcych. (3.—8.7. 39.). Opłata: 50 Rm;

23. Lipsk: Stare i nowe zadania położnictwa. (Schroeder). Miejsce kursu: Klinika położnicza. (3.—8.7. 1939). Opłata: 70 Rm;

24. Lipsk: Codzienne zagadnienia przychodni ginekologicznej. (Schroeder). Miejsce kursu: Klinika ginekologiczna. (10.—15.7. 39.). Opłata: 70 Rm;

25. Tübingen: Choroby nosa, gardła i krtani. (Albrecht). Miejsce kursu: Klinika otologiczna. (26.6.—8.7. 1939). Opłata: z kursem operacyjnym: 150 Rm; bez kursu operacyjnego 100 Rm;

26. Halle: Okulistyka. (Clausen). Miejsce kursu: Klinika oczna. (26.6.—1.7. 39). Opłata: 75 Rm.

Wykłady odbywają się w języku niemieckim. Liczba uczestników kursów ograniczona.

Informacje, prospekty: Aerztliches Fortbildungswesen, Berlin NW 7, Robert-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Uczestnikami mogą być lekarze niemieccy, obywatele Rzeszy, oraz lekarze cudzoziemcy.

Cudzoziemcy oraz lekarze niemieccy, zamieszkali zagranicą, otrzymują przy zapłacie w obcej walucie 60% zniżki przejazdu na kolejach niemieckich. Cenę pobytu w Niemczech można znacznie obniżyć przez zakupienie „Registermarek". Przed wyjazdem należy się w tej sprawie porozumieć z miejscowym bankiem.

KOMUNIKAT

XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego odbędzie się w Wilnie w dniach od 29.VI do 2.VII 1939 r. według następującego programu:

29.VI. Zwiedzanie miasta, wieczorem herbatka zapoznawcza.

30.VI i 1.VII. Przed i popołudniu posiedzenia referatowe.

2.VII. Wycieczki w okolice Wilna dla uczestników Zjazdu i osób towarzyszących.

Szczegółowy program Zjazdu wraz z odnośnymi drukami zostanie rozesłany w pierwszych dniach czerwca b. r.

Ostateczny termin zgłaszania tematów upływa z dniem 20.V. 1939 r., a zgłaszania uczestnictwa z dniem 15.VI. 1939 r.

Koszta udziału w Zjeździe wynoszą 20 zł; dla asystentów klinik i oddziałów szpitalnych oraz osób towarzyszących 10 zł.

Dla uczestników Zjazdu będą zarezerwowane pomieszczenia w hotelach i w Klinice Dermatologicznej U. S. B.

Korespondencję w sprawie Zjazdu prosimy adresować:

Sekretariat XI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Wilnie, Klinika Dermatologiczna U. S. B. Wilno Antokol.

Sekretarz
(—) Dr K. KWIESIELEWICZ

Przewodniczący
(—(Prof. Dr T. PAWLAS

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Handlowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka 6.

Zdolność do pracy zapewnia

Prominal

lek przeciwpadaczkowy

Prominal zapobiega energicznie napadom, nie wywołując zmęczenia wzgl. odurzenia.

Prominal jest niezbędny w leczeniu padaczki w praktyce klinicznej i prywatnej.



Opakowania oryginalne:

10	tabletek	po 0,2	g	zł	2,50
50	„	„ 0,2	„	„	9.10
250	„	„ 0,2	„ op. klin.	„	29.80
30	„	„ 0,03	„	„	2.30
500	„	„ 0,03	„ op. klin.	„	22.10

BAYER

Niezawodne działanie oraz brak skutków ubocznych cechują



Phanodorm

uznany **środek nasenny**

Phanodorm zapewnia wyczerpanemu chorobą, przepracowanemu i nerwowemu choremu krzepiący sen o prawidłowym trwaniu oraz przebudzenie bez następowego uczucia odurzenia.

Opakowania oryginalne:

tabletki	10	szt.	po 0,2 g	zł	3.–
„	250	„	„ 0,2 g	„	58.–

BAYER



Najsilniej działa na wszystkie chorobotwórcze ziarenkowce

Rivanol

idealny lek przeciwgnilny, działający zarówno na warstwy powierzchowne jak i głębsze.

Zupełnie nieszkodliwy; szczególnie zalecany we wszystkich zakażeniach ran, ropniach, zakażeniach stawowych, róży, ropniakach opłucnej, zapaleniu sutka, zapaleniu wyrostka robaczkowego, zapaleniu otrzewnej, ropowicach.

Do płukań, opatrunków, pędzlowania.

Opakowanie oryginalne:

20 tabletek po 0,1 g	zł. 5.25
200 „ „ 0,1 „ opak. klin.	„ 40.—
10 „ „ 1,0 „	„ 20.25

BAYER